
РУКОВОДСТВО

В.И. КУЛАКОВ
Н.Д. СЕЛЕЗНЕВА
В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ



ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

«МЕДИЦИНА»

В.И. Кулаков
Н.Д. Селезнева
В.И. Краснопольский

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией

члена-корреспондента АМН СССР
В. И. КУЛАКОВА



Москва „МЕДИЦИНА“ 1990

ББК 57.1
О60
УДК 618.1-089(035)

Рецензент: А. П. КИРЮЩЕНКОВ, проф. кафедры акушерства и гинекологии I ММИ им. И. М. СЕЧЕНОВА

Оперативная гинекология/Под ред. В. И. Кулакова. —
О64 М.: Медицина, 1990. — 464 с.: ил. — ISBN 5—225—00992—1

В руководстве освещены практически все виды хирургического лечения, применяемого в гинекологии. Подробно описаны атипичные гинекологические операции, осложнения, которые могут возникнуть при том или ином вмешательстве, а также меры профилактики этих осложнений. Рассмотрены возможности использования операционных микроскопов, сшивающих аппаратов, лазерной техники и биологического клея при проведении гинекологических операций.

Руководство предназначено для гинекологов, хирургов.

О $\frac{4108160000-219}{039(01)-90}$ 169—90

ББК 57.1

ISBN 5—225—00992—1.

© В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева,
В. И. Краснопольский, 1990

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее руководство написано на основе собственного опыта авторов (более 10 000 операций), приобретенного при многолетней работе в отделении оперативной гинекологии Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР и Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии Минздрава РСФСР. Это позволило им изложить представленный материал на современном уровне с учетом последних достижений в диагностике и оперативной технике гинекологических заболеваний.

Настоящее руководство отличается тем, что в нем описана не только техника различных операций, но и клиническое течение хирургических гинекологических заболеваний. Большое внимание уделено подготовке больных, показаниям и противопоказаниям к операциям, в частности реконструктивно-восстановительным, направленным на сохранение органа, ведению больных в послеоперационном периоде, а также современным техническим средствам, используемым в оперативной гинекологии (микрохирургическая техника, лазерная аппаратура, операционные эндоскопы, биологический клей, полимерные материалы и т. д.).

С современных позиций изложены принципы реконструктивно-пластических операций, направленных на сохранение генеративной и менструальной функций. Получили освещение вопросы, касающиеся аномалий развития, мочеполовых и ректовагинальных свищей.

В руководстве рассмотрены практически все гинекологические заболевания, которые требуют хирургического лечения, однако освещение всех модификаций операций, естественно, не представляется возможным, поэтому описаны лишь те операции, которые производят чаще. Представлены не только традиционные методы хирургического лечения, но и современные методики, рекомендуемые отечест-

венными и зарубежными авторами. В отдельной главе, посвященной генитальному эндометриозу, изложены современные взгляды на это заболевание и принципы его терапии. Указаны также реабилитационные мероприятия после различных операций.

Коллектив авторов благодарит канд. мед. наук С. Е. Белоглазову за предоставление эскизов оригинальных рисунков, которые выполнены на высоком профессиональном уровне.

При описании злокачественных опухолей половых органов авторы руководствовались Инструктивно-методическими указаниями Минздрава СССР. Авторы будут благодарны читателям за все замечания. Они надеются, что настоящее руководство окажет помощь акушерам-гинекологам, урогинекологам и хирургам.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

1.1. ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК И ЕГО ПОМЕЩЕНИЯ

Операционный блок должен располагаться на этаже, полностью изолированном от других отделений, иметь максимальную освещенность, кондиционирование или приточно-вытяжную вентиляцию. Стены операционных должны быть выложены плиткой, полы покрыты антистатическим линолеумом или плиткой. Оптимально, если стены и полы операционного блока выкладывают мраморными плитами, которые прекрасно обрабатываются любым влажным способом.

Операционный блок в своем составе должен иметь необходимые помещения: 2—5 и более операционных, столько же предоперационных, к каждой из них помещение для хранения запаса стерильного белья и материала, помещение для хранения уборочного инвентаря, комнату для хирургов со шкафами и вешалками, комнату для дежурной бригады медицинских сестер и санитарок, материальную комнату, кабинет старшей медицинской сестры с сейфом, комнату сестры-хозяйки со стеллажами для хранения чистого белья, санитарную комнату для сбора грязного белья, туалеты, помещение с индивидуальными шкафчиками для персонала, душевые кабины.

В составе операционного блока необходимо предусмотреть операционную для производства оперативных вмешательств у инфицированных больных. Желательно, чтобы она была изолирована от «чистых» операционных, а в идеале это должен быть изолированный блок.

Над входной дверью в операционный блок располагают бактерицидные лампы. Кроме того, бактерицидные лампы должны иметься во всех помещениях, входящих в состав операционного блока. У порога каждой двери должен лежать коврик, обернутый тряпкой, смоченной 2 % раствором хлорамина.

Для контроля за состоянием температурного режима в операционном блоке необходимо иметь на стенах комнатные термометры. Идеальные условия создают стационарные установки для кондиционирования воздуха.

Доступ в операционный блок случайных лиц и сотрудников других отделений категорически запрещается.

Предоперационная — помещение с двумя-тремя раковинами для мытья рук хирургов и операционных медицинских сестер. На каждой раковине должны быть мыльница с мылом и песочные часы. Некоторые операционные оснащены ультразвуковым аппаратом для стерилизации рук. На тумбочку с чистыми бахилами ставят бикс с масками для входящих в операционную. Полиэти-

леновый бак для сбора отработанного белья и бахил, вешалки с чистыми и использованными клеенчатыми фартуками.

В отсутствие ультразвукового аппарата руки обрабатывают одним из описанных ниже способов.

Операционная должна иметь хорошее освещение, отопление и достаточную вентиляцию. Потолок покрывают белой эмалевой краской, стены и пол — плиткой. В одном из углов, а лучше в двух, должны находиться стоки для воды.

В операционной должны находиться универсальный операционный стол (полуавтоматический или с электроприводом), стационарный подвесной бестеневой светильник (над столом) типа «Свет-9» или «Свет-15», передвижной светильник (с целью дополнительного освещения) одно- или четырехламповый. Необходимо иметь лампы с аварийным питанием, электрокоагулятор с комплектом насадок для электроножа (желательно также криокоагулятор и лазерную установку), наркозный аппарат, ультразвуковой стерилизатор, столики для стерильных инструментов и шовного материала, ассистентский столик, подставки под стерильные биксы и тазы, столик универсальный — анестезиологический, шкаф для хранения медикаментов и стерильных растворов не более чем на две операции.

Материальная. В состав ее входит помещение, в котором хранится запас стерильных биксов; здесь же находятся сушаровой шкаф и две раковины для мытья инструментов. Материальная предназначена для заготовки операционного материала (марлевого) и закладки в биксы белья, халатов, перчаток, марлевых тампонов. Для заготовки марли и закладки биксов должны иметься столы. В материальной должен находиться шкаф для хранения основного запаса стерильных и дезинфицирующих растворов. Обязателен набор медикаментов для ежесуточной постановки бензидиновой или амидопириновой пробы с целью контроля качества обработки хирургических инструментов на скрытую кровь (см. приказ Минздрава СССР № 720 от 31.06.78 г.).

Комната хирургов — помещение, оснащенное платяным шкафом с вешалками и зеркалом. Здесь бригада хирургов переодевается в операционные пижамы и приводит свой внешний вид в соответствие с требованиями для лиц, участвующих в операции.

Комната сестры-хозяйки предназначена для хранения полученного из бельевой запаса чистого белья, халатов и пижам для персонала. Она должна быть оснащена стеллажами или шкафами для белья, иметь бактерицидные лампы.

Санитарная комната — помещение, где производятся сбор грязного белья и сортировка его для сдачи в бельевую. Здесь же находятся баллон с 2 % раствором хлорамина и уборочный инвентарь — только для этого помещения.

Помещение, где хранится уборочный инвентарь, должно быть для каждой операционной отдельное.

1.2. ОБРАБОТКА ПОМЕЩЕНИЙ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

Мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в операционной проводят на основании приказа Минздрава СССР № 1230 от 6.12.79 г. и № 720 от 31.06.78 г.

Обязательна ежедневная влажная уборка коридоров и всех подсобных помещений дезинфицирующими растворами. В операционных влажную уборку с дезинфицирующими растворами (1 % раствор хлорамина, хлорной извести) следует производить после каждой операции, а затем включать бактерицидные лампы.

Стены и полы операционных моют из шланга горячей водой. После каждой операции пол тщательно промывают водой с добавлением дезинфицирующих средств, а в случаях, когда имела место гнойная операция, — 6 % раствором перекиси водорода с добавлением моющего средства типа «Новость», «Биолот».

Генеральную уборку в операционном блоке проводят один раз в неделю. Накануне полы заливаются 2 % раствором хлорамина на 12—17 ч. Утром следующего дня персонал проводит влажную обработку дезинфицирующими растворами всего инвентаря, аппаратуры, стен, дверей, потолка. Затем смывают налет хлорамина и еще раз моют пол водой со средствами типа «Лотос», «Прогресс». По окончании уборки на 2—3 ч включают бактерицидные лампы. Инвентарь, используемый для уборки, хорошо промывают, чистят, просушивают и хранят в отведенном для него месте.

Современные операционные оснащены ультразвуковыми стерилизаторами Ultra-Ace. В день генеральной уборки камеру стерилизатора чистят гидрокарбонатом натрия или моющими средствами типа «Лотос», «Новость» и заполняют свежим раствором (40 л дистиллированной воды с добавлением 100 мл 20 % раствора хлоргексидина глюконата).

1.3. ОБЯЗАННОСТИ СОТРУДНИКОВ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

Операционная медицинская сестра до начала операции обязана подготовить свое рабочее место, т. е. поставить в подставки и подвязать необходимые для данной операции биксы; отрегулировать потолочную бестеневую операционную лампу (сфокусировать пучок света на предполагаемое операционное поле); проверить наличие шовного материала, стерильных и дезинфицирующих растворов, правильную установку операционного стола; привести в рабочее положение электроотсос для брюшной полости, аппарат электронож и ультразвуковой стерилизатор. В процессе операции обязана следить за правильным использованием хирургического инструментария, четко соблюдать необходимые требования асептики всеми принимающими участие в операции членами бригады, а также анестезиологами,

анестезиологической медицинской сестрой. Перед зашиванием брюшной стенки операционная медицинская сестра с помощью санитарки обязана пересчитать зажимы и салфетки, извлеченные из брюшной полости. По окончании операции надо отключить всю электроаппаратуру из сети, промыть и простерилизовать наконечники, насадки и подготовить аппаратуру к следующей операции.

Промытый и просушенный инструментарий строго по счету закладывают в биксы для последующего автоклавирования.

Младшая медицинская сестра обязана подготовить свое рабочее место, т.е. проверить наличие стерильных щеток для рук, мыла, песочных часов, достаточного количества бахил, масок (разовых) и клеенчатых фартуков, расстелить на операционном столе стерильный пакет (клеенка, стерильная простыня, пеленка под руку пациентки и бахилы), расставить в подставки тазы для использованного материала, застелив их пеленками, помочь переложить больную, надеть на нее бахилы и зафиксировать бинтом их ножной конец. В процессе операции она должна поддерживать санитарное состояние операционной, своевременно мыть освободившийся инструмент, квалифицированно обслуживать операционную медицинскую сестру.

Санитарки операционного блока обязаны содержать в должной чистоте все подсобные помещения, коридоры и лестничные холлы, дважды в день проводить влажную уборку всех помещений с дезинфицирующими средствами.

Сестра-хозяйка обязана обеспечивать операционный блок необходимым количеством белья и дезинфицирующими средствами, контролировать качество и цикличность уборки помещений операционного блока, а также выполнение мелких ремонтно-хозяйственных работ в операционном блоке, осуществлять контроль за работой санитарок и проводить их инструктаж.

Инженер по обслуживанию аппаратуры. В последние годы в связи с наличием в операционном блоке большого количества новой отечественной и зарубежной аппаратуры в штатном расписании необходимо предусмотреть ставку инженера. Инженер в операционном блоке обязан регулярно проводить занятия и инструктаж со всем медицинским персоналом по технике безопасности, а при поступлении в отделение новых приборов и аппаратуры обучать правильному пользованию ими. Занятия и инструктаж проводятся согласно плану. Каждый сотрудник, прошедший инструктаж, должен расписаться в журнале.

1.4. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

Лица, поступающие на работу, проходят полный медицинский осмотр, в том числе обследование отоларинголога и стоматолога. Работающий персонал должен быть взят под диспансерное

наблюдение для своевременного выявления и лечения кариозных зубов, хронических воспалительных очагов в верхних дыхательных путях и ротовой полости. Плановое обследование проводится один раз в 6 мес. При плановых бактериологических обследованиях обязательно исследование слизи из передних отделов носа. Мазки из зева берут по показаниям.

Результаты плановых бактериологических исследований и обследований ЛОР-специалистом и стоматологом должны фиксироваться в индивидуальной карте сотрудника. Перед проведением санации бактерионосители должны быть консультированы отоларингологом, так как у некоторых из них хронические заболевания верхних дыхательных путей, тонзиллиты и т. д. носят аллергический характер и требуют специального лечения.

Санацию бактерионосителей осуществляют согласно приказу Минздрава СССР № 1230 от 6.12.79 г. (приложение 5).

Персонал, работающий в операционном блоке, ежедневно проходит санитарный контроль, принимает душ и переодевается в пижамы. Обувь должна легко поддаваться обработке дезинфицирующими растворами.

1.5. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА И ОПЕРАЦИОННОГО БЕЛЬЯ

Стерилизацию сухого кетгута в нитях производят следующим образом. В сухие стерильные банки закладывают кетгут (не очень плотно, не более двух рядов) и заливают 3 % спиртовым раствором йода: № 0 и 1 — на 5 сут, № 2 и 3 — на 6 сут, № 4 и 5 — на 7 сут. По истечении этого срока йод сливают и заливают кетгут 96 % этиловым спиртом. Через сутки после этого кетгут сдают для посева в бактериологическую лабораторию. После получения ответа кетгут готов для применения. Банка с кетгутом должна быть промаркирована (дата заготовки, дата сдачи в лабораторию, дата получения результатов исследования). Существует метод сухой стерилизации кетгута путем подвешивания его в банках, на дно которых насыпан кристаллический йод. Однако после такой стерилизации кетгут теряет свою эластичность и становится грубым.

Синтетические нити капрона и лавсана стерилизуют путем кипячения их в дистиллированной воде в течение 30 мин. Затем воду сливают и просушивают нити в стерильном белье, после чего закладывают их в стерильные банки и заливают 96 % этиловым спиртом. Можно сразу же сдать нити для посева в бактериологическую лабораторию. При получении положительного ответа (отсутствие роста микробов) нити можно использовать. Банки маркируют так же, как и банки с кетгутом.

В последние годы широкое применение в хирургии имеет ампульный стерильный шелк различных калибров (10 ампул в коробочке). На паспортной части упаковки обязательно указыва-

ют номер серии, номер калибра, срок годности и длину нити. Используется также стерильный ампульный кетгут полированный и хромированный по 10 ампул в упаковке (обязательно указание тех же паспортных данных, что и для шелка). Кроме того, очень удобен в работе стерильный кетгут различных калибров, выпускаемый в пакетах.

Широкое применение находят атравматические иглы с хирургическими полиэфирными нитями. Их необходимо подвергать предварительной стерилизации путем кипячения в дистиллированной воде с последующим погружением в 96 % этиловый спирт.

Операционное белье, марлевые салфетки и хирургические перчатки, а также инструментарий стерилизуют путем автоклавирования. В каждый бикс обязательно закладывают пробирку с серой или бензойной кислотой для контроля стерильности. При расплавлении содержимого пробирки материал считается стерильным.

В последнее время широко применяется разовое белье. В комплект стерильного белья одноразового пользования входят 3 простыни и 2 пеленки. По краям простыней имеется слой липкой ленты. Каждый пакет запечатан в полиэтиленовую пленку, под которой имеется вкладыш «Хирургический комплект», «Радиационно стерилизовано. Стерильно. Только для одноразового пользования».

1.6. ИНСТРУМЕНТЫ И ИХ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Хирурги-гинекологи пользуются, как правило, длинными инструментами, так как им часто приходится манипулировать в глубине малого таза.

В набор для чревосечения входят самодержашиеся зеркала, подъемники, скальпели со съёмными лезвиями, длинные ножницы, изогнутые по плоскости, с острыми концами, короткие ножницы с более тупыми концами, пулевые щипцы, щипцы Мюзо, пинцеты длинные и короткие, зажимы Пеана, Микулича, Кохера (различной длины), прямые и изогнутые корнцанги, иглодержатели длинные и короткие, овариальные щипцы. Необходимы также кишечные зажимы, иглы изогнутые различной величины, круглые и режущие. Для влагалищных операций необходимы также влагалищные зеркала, длинные и короткие, плоские и ложкообразные.

Набор инструментов для операции готовит операционная медицинская сестра. Число различных зажимов, игл и т. д. зависит от характера предстоящей операции.

Стерилизацию инструментов производят автоклавированием или кипячением. Режущие инструменты стерилизуют путем погружения их в 96 % этиловый спирт не менее чем на 30 мин. При наличии ультразвукового аппарата стерилизацию инстру-

ментов можно производить путем погружения их в ванну с 20 % раствором хлоргексидина биглюконата. При включении аппарата экспозиция 1 мин.

Микрохирургические, оптические и электрохирургические инструменты и насадки к ним стерилизуются путем погружения их в пароформалиновую камеру на 2 ч. С этой целью можно пользоваться камерой сухожарового шкафа или обычным стерилизатором. Сухим порошком хлорамина до половины заполняют стеклянную емкость, затем доливают 40 % раствором формалина. Две такие емкости погружаются с обеих сторон внутрь стерилизатора. Между ними на дно кладут инструменты и плотно закрывают стерилизатор крышкой. Экспозиция для стерилизации 40—60 мин.

1.7. ОБРАБОТКА РУК ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

Способ Спасокукоцкого. Руки моют двумя щетками с мылом каждой в течение 5 мин. Затем погружают их в таз с водой, в которую добавлен 0,5 % раствор аммиака (на 10 л воды 50 мл раствора), и моют с помощью стерильной салфетки в течение 3—5 мин. После этого вытирают стерильной салфеткой и обрабатывают этиловым спиртом.

Обработка рук дегмицидом. Руки моют щеткой с мылом в течение 5 мин. Затем вытирают насухо и обрабатывают двумя салфетками, смоченными 1 % раствором дегмицида, в течение 3 мин каждой салфеткой.

Обработка рук первомуром (см. приказ Минздрава СССР № 1230 от 06.12.79 г.). Руки моют с мылом под струей воды 3—5 мин, затем погружают в таз с раствором, приготовленным из 10 л дистиллированной воды, 171 мл пергидроля и 69 мл муравьиной кислоты, и в течение 3 мин обрабатывают с помощью стерильной салфетки. Последующая обработка рук этиловым спиртом не требуется.

Обработка рук 0,5 % раствором хлоргексидина в 70 % этиловом спирте. Рабочие растворы этого препарата готовят в аптеке лечебного учреждения. При обеззараживании рук хлоргексидином препарат в течение 2 мин наносят на ладонные и тыльные поверхности кистей рук в количестве 5—8 мл и втирают в кожу.

Обработка рук в ультразвуковом стерилизаторе. Под струей воды моют руки без щеток, после чего их погружают в аппарат на 30 с. Аппарат заполнен 40 л дистиллированной воды с добавлением 100 мл 20 % раствора хлоргексидина биглюконата. Раствор годен к использованию при 100 манипуляциях. Действующим началом являются ультразвук и хлоргексидин.

1.8. ПРОБЫ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Амидопириновая проба. Для ее проведения используют три реактива: 5 % спиртовой раствор амидопирина, 3 % раствор перекиси водорода и 3 % раствор уксусной кислоты. Три разными пипетками (промаркированными для каждого реактива) берут 2—3 мл каждого реактива и смешивают в небольшой емкости. Затем чистой пипеткой 1—2 капли смеси реактивов наносятся на исследуемый инструмент, иглу, шприц и т. д. При наличии кровяных загрязнений появляется сине-зеленое окрашивание, в связи с чем необходима повторная обработка инструментов.

Бензидиновую пробу ставят в двух модификациях: 1) с гидрохлоридом бензидаина: 0,5—1 % раствор гидрохлорида бензидаина, приготовленного на дистиллированной воде, смешивают с равным количеством 3 % раствора перекиси водорода; 2) с сульфатом бензидаина. В раствор, состоящий из 5 мл 50 % уксусной кислоты и растворенного в ней сульфата бензидаина (0,025 г), добавляют 5 мл 3 % раствора перекиси водорода. Техника постановки пробы та же, что и амидопириновой, т. е. пипеткой наносят раствор на рабочие части инструментов. Окрашивание раствора в зеленый или желтый цвет является признаком наличия на инструментах скрытой крови.

1.9. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

Бактериологические лаборатории лечебных учреждений контролируют санитарно-гигиенический режим (обсемененность различных объектов и воздуха) один раз в месяц, а стерильность инструментов, перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов и кожи операционного поля (выборочно) — один раз в 2 нед.

Объектами исследования при бактериологическом контроле являются: воздушная среда, объекты внешней среды, хирургический инструментарий, шприцы, иглы, системы для переливания крови многократного использования и др.

Бактериологическое исследование воздушной среды предусматривает определение общего содержания микробов в 1 м^3 воздуха. Общее количество колоний в 1 м^3 воздуха до начала работы должно быть не выше 500, во время работы — не выше 1000. Золотистый стафилококк до начала работы высеваться не должен. В процессе работы в 1 м^3 воздуха должно содержаться не более 10 колоний.

Бактериологическое исследование микробной обсемененности предметов внешней среды направлено на выявление стафилококка, синегнойной палочки, бактерий кишечной группы. Забор проб с поверхностей различных объектов осуществляется методом смывов.

В число объектов, подлежащих бактериологическому контролю

лю, входят тазы для мытья рук хирургов, чистые щетки для мытья рук, фартуки клеенчатые, рабочий стол анестезиологов, операционный стол, шланг вакуумнасоса, смывы с рук всех участвующих в операции, кожа операционного поля.

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ОПЕРАЦИИ, ВЕДЕНИЕ ИХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

2.1. ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Особенности гинекологических операций заключаются в том, что во время них приходится манипулировать глубоко в малом тазе, в непосредственной близости от мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки и крупных сосудов. Матка и придатки сами являются рецепторными органами и, кроме того, в малом тазе имеются большие нервные сплетения. Вмешательство на половых органах нередко приводит к нарушению репродуктивной функции, что обязывает гинеколога быть особенно осторожным при решении вопроса об объеме операции.

Вопрос об объеме производимой операции должен быть обсужден с пациенткой заранее, так как очень многие считают, что основным органом, определяющим женскую сущность, является матка, поэтому особенно болезненно реагируют именно на необходимость ее удаления.

Имеется ряд общих положений, которым необходимо следовать при любом хирургическом вмешательстве. Первое необходимое условие — это бережное обращение с тканями. Грубые манипуляции вызывают осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

Вторым необходимым условием проведения операции является обеспечение хорошего доступа к опухоли. Попытки хирурга выполнить операцию через очень маленькие разрезы приводят к излишней травматизации тканей.

Третье необходимое условие проведения операции состоит в том, что ткани и все связки во время наложения на них зажимов должны быть в умеренно натянутом состоянии и хирург должен манипулировать под контролем глаза.

Естественно, залогом успеха оперативного вмешательства являются достаточная квалификация хирурга и всего персонала, участвующего в проведении операции, и наличие соответствующего инструментария. Необходимо четкое представление об анатомических особенностях той области, в которой приходится работать хирургу. Следует пользоваться хорошими инструментами,

в частности острыми скальпелями, так как тупые инструменты не только разрезают, но и мнут ткани, наносят травму. В результате возникают мелкие гематомы и кровоизлияния, которые затем отражаются на течении послеоперационного периода. Во время операции должен проводиться тщательный гемостаз, от которого также зависит течение послеоперационного периода. При наложении швов нити не надо затягивать слишком сильно, так как это приводит к образованию ишемических очагов в тканях с последующим некрозом этих участков. При очень сильном натяжении нитей возникает анемизация тканей, нередко видимая на глаз.

Операцию нужно проводить в спокойной обстановке. Хирург не должен спешить (за исключением экстренных ситуаций). Некоторые хирурги стараются производить операцию «на время». Мы полагаем, что такой подход недопустим. Скорость проведения операции приходит с усвоением технических навыков независимо от желания хирурга, а в отсутствие таковых торопливость может повредить больной и привести к неоправданным осложнениям. Врач обязан думать прежде всего о больной и должен забыть о своем престиже. Если возникает необходимость в консультации смежных специалистов, то их надо вызывать незамедлительно.

С развитием хирургической техники стали проводиться операции с целью не только удаления патологического очага, но и восстановления функции пораженного органа. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения необходимость проведения таких операций. Между тем крупные отечественные хирурги-гинекологи (Д. О. Отт, Л. Л. Окинчиц, Ф. Е. Петербургский, А. Е. Мандельштам, Л. С. Персианинов и др.) в свое время потратили немало усилий для пропаганды проведения органосохраняющих операций на женский половых органах.

Основная задача консервативно-пластических операций заключается в восстановлении или сохранении целостности органа, а также в восстановлении его функции.

Реконструктивно-пластические операции начали проводить общие хирурги. Довольно быстро эта идея подхвачена гинекологами. Сначала это касалось хирургической коррекции при аплазии влагалища. Затем стали выполнять операции по ликвидации мочеполовых и ректовагинальных свищей, восстановлению целостности промежности, реконструкции деформированной шейки матки и реконструктивно-пластические операции на матке, трубах и яичниках.

Следует отметить, что каждая реконструктивно-пластическая операция несет в себе элемент творчества и часто одна операция не похожа на другую. О таких операциях нельзя сказать, что они произведены типично. Они всегда нетипичные, даже если их производят в той или иной модификации.

Пластические операции требуют для замещения дефекта мобилизации соседних тканей или применения аллопластических

материалов. Для их выполнения необходимы хорошая техническая подготовленность хирурга и соблюдение указанных выше условий.

В настоящее время при ряде пластических операций для гемостаза и соединения тканей используют композиции цианакрилатного клея МК-7. В ряде случаев следует применять полимеры и аллопластические материалы, которые еще не нашли достаточного применения в гинекологии.

Использование аллопластических материалов имеет свою историю. Так, применение их для кольпопозза дало худшие результаты, чем заимствование с этой целью собственных тканей организма. Во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР аллопластики с успехом использовались при реконструктивно-пластических операциях на матке (подшивание тефлоновой ткани). Это давало возможность сформировать матку правильной формы. Однако в большинстве случаев можно успешно провести операцию и без аллопластиков. Следует помнить, что при отсепаровке лоскута ткани для замещения дефекта надо следить, чтобы не нарушилось питание этого лоскута, так как иначе произойдет его омертвление и отторжение.

К консервативно-пластическим операциям должны быть установлены показания и противопоказания. Если не учитывать противопоказания к их проведению, то могут возникнуть тяжелые послеоперационные осложнения, при которых необходимы повторные оперативные вмешательства.

Основные противопоказания к консервативно-пластическим операциям представлены в специальных разделах руководства, но основными являются сопутствующий воспалительный процесс в оперируемом органе, некроз и дегенерация тканей, имбибиция органа кровью (в частности, при давно прервавшейся трубной беременности), общее тяжелое состояние больной, которое требует быстрейшего завершения операции и, наконец, сохранение матки или маточных труб (при необходимости вмешательства на них) у женщин, имеющих противопоказания к беременности.

Консервативно-пластические операции в гинекологической практике приобрели особое значение. Это произошло прежде всего потому, что в настоящее время гинекологи при определении характера оперативного вмешательства руководствуются необходимостью сохранения репродуктивной функции женщины.

Вопрос о необходимости этих операций возникает при различных патологических процессах, операциях на матке, шейке матки, маточных трубах, яичниках, промежности, при наличии мочеполовых и ректовагинальных свищей, а также при аномалиях развития половых органов.

Ряд операций, проводимых в гинекологии, сочетается с операциями общехирургического профиля. Например, при создании искусственного влагалища из сигмовидной кишки выполняют резекцию кишечника. Иногда во время оперативного вмешательства приходится ушивать грыжу передней брюшной стенки и т. д.

2.2. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ

Обследование больной следует начинать с расспроса, придерживаясь следующей схемы: 1) паспортные данные; 2) жалобы; 3) перенесенные заболевания; 4) функции половой системы (менструальная, половая, детородная, секреторная); 5) наличие болей и их характер; 6) функция кишечника и мочевыводящей системы; 7) история развития настоящего заболевания.

П а с п о р т н ы е д а н н ы е. Профессия женщины может указать на различные вредные воздействия: постоянное охлаждение, влияние вибрации, поднятие тяжестей, лучевое воздействие и т. д. Все эти сведения могут оказать помощь при установлении диагноза.

Большое значение имеет возраст больной. В климактерическом периоде, постменопаузе, а также у молодых женщин и девушек, не живущих половой жизнью, сразу же можно исключить заболевания, связанные с беременностью. Воспалительные процессы придатков матки у таких больных встречаются редко.

Ж а л о б ы б о л ь н о й в некоторых случаях позволяют получить предварительное представление о характере заболевания. Например, жалобы на появление межменструальных кровянистых выделений чаще всего свидетельствуют о наличии подслизистой миомы или злокачественной опухоли матки. Боли внизу живота наводят на мысль о возможности опухоли яичника, появление острых болей внизу живота с повышением температуры тела — о наличии острого воспаления придатков матки и т. д.

П е р е н е с е н н ы е з а б о л е в а н и я. При расспросе больной выявляются факторы, которые оказывают существенную помощь в установлении диагноза. Больная может сообщить, что у нее имеется периодически обостряющееся заболевание: хронический аппендицит, почечная колика, воспаление придатков матки и т. д. Обязательно надо выяснить, какими заболеваниями, кроме гинекологических, она страдает.

Ф у н к ц и я п о л о в о й с и с т е м ы. Сведения о характере менструальной функции очень важны, так как указание на позднее начало менструаций или редкие менструации у молодой женщины позволяет думать о наличии полового инфантилизма, отсутствие менструации об аномалии развития половой системы. Кровотечение в репродуктивном периоде является симптомом ряда заболеваний (миома матки, рак эндометрия, дисфункция яичников и т. д.).

Бесплодие также может быть симптомом ряда заболеваний: нарушений в репродуктивной системе, приводящих к ановуляции, трубного бесплодия вследствие воспалительного процесса, маскулинизирующей опухоли яичника и т. д.

Характер белей может указывать на наличие эндоцервицита, кольпита различной этиологии. Обильные жидкие бели могут быть симптомом поражения маточной трубы (вентильный сактосальпинкс, рак маточной трубы).

Боли — частое проявление болезни. Она возникает вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры полых органов и нарушения кровообращения в тех или иных внутренних органах. Именно боль чаще всего заставляет женщину обратиться к врачу.

При оценке боли следует выяснить ее локализацию, иррадиацию, постоянство, интенсивность, характер и т. д. Нередко это дает возможность составить представление о причине возникновения боли.

Функция кишечника и мочевыводящей системы. Могут иметь место тошнота, рвота, диспепсические явления. Рвота возникает в результате раздражения нервных окончаний париетальной брюшины. Появление тошноты следует оценивать как симптом, равнозначный рвоте, так как порог раздражения, необходимый для возникновения рвоты, различен. Одни и те же нарушения у одной больной могут вызвать рвоту, а у другой только тошноту.

Характер рвоты имеет большое диагностическое значение. Как правило, при острых хирургических заболеваниях, внематочной беременности, аппендиците, перекруте ножки опухоли яичника возникает однократная рвота. При неукротимой рвоте следует подумать о пищевой токсикоинфекции. Мучительная повторная рвота чаще всего является признаком острого панкреатита.

Расстройство стула может возникать при перекруте ножки опухоли яичника или аппендиците. Частый жидкий стул чаще всего связан с желудочно-кишечными заболеваниями (колит, дизентерия).

Дизурические явления нередко сопровождают ряд патологических состояний. При остром воспалении придатков матки иногда наблюдается частое болезненное мочеиспускание вследствие вовлечения уретры и мочевого пузыря в воспалительный процесс. Миоматозный узел, исходящий из передней стенки матки, нередко механически раздражает мочевой пузырь и может вызвать учащенное мочеиспускание.

История развития заболевания. Сведения о первых симптомах заболевания, его длительности, перенесенных ранее операциях и т. д. имеют большое значение, так как дают возможность судить о характере патологии. Например, боли внизу живота после задержки менструации, обморочные состояния, кровянистые выделения из половых путей указывают на наличие трубной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта, периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе — на рак эндометрия.

Осмотр больной. После того как собран анамнез, следует дать оценку общего состояния больной (обязательно измерение артериального давления и определение частоты сердечных сокращений), затем произвести осмотр всего тела, выслушать легкие и сердце, выполнить пальпацию, перкуссию и аускультацию брюшной полости. После этого приступают к двуруч-

ному исследованию. По показаниям применяют дополнительные методы исследования.

Температура тела не всегда соответствует тяжести состояния и может меняться в зависимости от ряда факторов.

При осмотре живота можно отметить ряд особенностей: вздутие его, неправильную конфигурацию и т. д. Пальпация брюшной стенки нередко позволяет определить наличие опухоли, установить различные болевые точки, а также симптомы раздражения брюшины. Перкуссия дает возможность выявить свободную жидкость в брюшной полости, что важно для диагностики острых заболеваний, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением или экссудацией. Путем аускультации устанавливают наличие или отсутствие кишечных шумов.

Большое значение в распознавании заболеваний брюшной полости имеют симптомы раздражения брюшины.

Симптомы Щеткина — Блюмберга. Рукой медленно надавливают на брюшную стенку, затем быстро снимают ее. При этом возникает боль, вызванная сотрясением воспаленной или раздраженной брюшины. Этот симптом почти всегда свидетельствует о значительном неблагополучии в брюшной полости. При положительном симптоме Щеткина — Блюмберга надо обязательно выяснить, в чем причина его возникновения. В случае нарастания явлений раздражения брюшины показано пробное чревосечение.

Степень раздражения брюшины при различных заболеваниях неодинакова. Оно наиболее выражено при перитоните, значительно слабее — при апоплексии яичника, внематочной беременности и др.

Симптом мышечной защиты. Так называют напряжение мышц живота при осторожной пальпации его. Всякий воспалительный процесс в брюшной полости сопровождается симптомом мышечной защиты, причем локализация наибольшего напряжения часто указывает на область поражения.

Напряжение мышц передней брюшной стенки — рефлекторный акт, в осуществлении которого принимают участие нервные элементы спинного мозга. Помимо этого, большую роль играют центральные механизмы. Снижение защитно-приспособительных сил организма (тяжелая интоксикация, сепсис, старческий возраст, разлитой гнойный перитонит и т. д.) может привести к ослаблению напряжения мышц передней брюшной стенки, что нередко является причиной диагностических ошибок. Ослабляющее влияние на данный симптом оказывают резерпин, адренолитики, ганглиоблокаторы.

Гинекологический осмотр. Обследование больной завершается гинекологическим осмотром. Вначале производится осмотр наружных половых органов, затем приступают к двуручному влагалищному исследованию, а при необходимости и к ректальному.

Влагалищное исследование дает ценные данные о состоянии

внутренних половых органов и позволяет выявить деформацию шейки матки, опухоль, воспалительные процессы и другую патологию. При влагалищном исследовании сначала пальпируют матку, определяя ее величину, форму, консистенцию и положение, а также подвижность и болезненность ее во время исследования. Маточные трубы при влагалищном исследовании, как правило, не пальпируют; неизменные трубы безболезненны. Яичники иногда определяются сбоку от матки в виде овальных образований. Пальпация их всегда несколько болезненна.

В случае необходимости производят также ректальное исследование при опорожненных мочевом пузыре и прямой кишке.

Для правильной диагностики важны не столько отдельные симптомы, сколько обнаружение их в комплексе с другими признаками болезни. Отдельные, хотя бы неспецифические, симптомы в сочетании часто приобретают черты специфичности. Например, кровянистые выделения из половых органов являются симптомом ряда гинекологических заболеваний, но если при этом имеются указания на боли и обмороки, то наличие внематочной беременности становится почти очевидным.

Значение дополнительных и лабораторных методов исследования освещается в отдельных главах руководства.

2.3. ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ОПЕРАЦИИ

Желательно, чтобы при плановой госпитализации больные перед поступлением в отделение оперативной гинекологии проходили амбулаторно обследование по месту жительства. Производят клинический анализ крови и мочи, определяют резус-принадлежность и группу крови, реакцию Вассермана, исследуют флору влагалища, больную осматривает терапевт, ее направляют на электрокардиографию, получают заключение стоматолога, выполняют рентгеноскопию грудной клетки или флюорографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (при наличии опухолей яичников и заболеваний желудочно-кишечного тракта), исследование на СПИД.

В стационаре дополнительно производят биохимические исследования крови, коагулограмму. При необходимости повторяют анализы крови, мочи, отделяемого влагалища, осмотр терапевтом. Перед операцией больную обязательно осматривает анестезиолог.

В случае экстренной госпитализации, если позволяет состояние больной, в течение суток производят анализы крови и мочи общие, определение группы крови и резус-принадлежности, анализ крови на сахар, коагулографию, рентгеноскопию грудной клетки, электрокардиографию, ультразвуковое сканирование органов малого таза.

При необходимости срочной операции определение группы крови и резус-принадлежности обязательно.

Предоперационная подготовка зависит от характера предстоящей операции и подробно освещена в соответствующих разделах.

Всем больным накануне операции проводят санитарную обработку (гигиенический душ, удаление волос с лобка, очищение кишечника). В день операции обрабатывают влагалище спиртом и вводят в него стерильный тампон. В мочевого пузыря на время операции больным с миомой шейки матки, миомой тела матки с интралигаментарным расположением узлов, при тубовариальных опухолевидных образованиях с выраженным спаечным процессом и перед другими затяжными вмешательствами вводят постоянный катетер.

В настоящее время в гинекологические хирургические стационары госпитализируют много женщин с экстрагенитальными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, обменно-эндокринными, болезнями легких и т. д. Трудно предусмотреть все заболевания, которые могут быть у больных. При наличии экстрагенитальной патологии показана специальная предоперационная подготовка, план которой должен быть определен вместе со смежными специалистами.

Выбирают необходимые препараты и устанавливают дозы совместно с терапевтом и анестезиологом.

Положительную роль играет включение физических факторов в общий комплекс мероприятий по подготовке больной к плановым оперативным вмешательствам. Цель физиофилактических процедур — улучшение функций сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, местная активация процессов регенерации и санация носоглотки и трахеобронхиального дерева.

Физиофилактические мероприятия целесообразно осуществлять в виде комплекса, включающего аэроионотерапию, ингаляции трипсина, облучение коротковолновыми УФ-лучами небных миндалин и задней стенки глотки по общепринятым методикам и специфические «очаговые» воздействия в зоне планируемой операции. Перед влагалищными оперативными вмешательствами рекомендуется провести облучение слизистой оболочки влагалища коротковолновыми УФ-лучами с помощью специального цилиндрического световода.

2.4. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Практически после каждой операции, производимой под наркозом, развивается дыхательная недостаточность той или иной степени. В связи с этим необходимы ингаляция кислорода и дыхательная гимнастика (начиная со вторых суток после операции), введение сердечных средств (об инфузионной и трансфузионной терапии сказано в главе 3).

В отсутствие противопоказаний больная может встать на следующий день после операции.

В первые 2 сут после операции назначается стол № 0, затем стол № 2 с переходом на 4—5-е сутки на общий стол в случае, если нет противопоказаний.

Обезболивающие средства применяют в первые 2 сут после операции. Если боли сохраняются более длительное время, то надо искать их причину.

Антибиотики назначают по показаниям.

Со 2-х суток после операции под контролем свертывающей системы крови назначаются антикоагулянты больным, составляющим группу риска возникновения тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений особенно необходима у больных с хронической анемией, варикозным расширением вен, тромбозами и тромбоэмболическими заболеваниями в анамнезе, злокачественными новообразованиями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, пороки сердца, инфаркт в анамнезе). После операции необходимо проводить неспецифические мероприятия по профилактике тромботических осложнений: бинтование нижних конечностей эластическими бинтами, что ускоряет кровоток по системе глубоких вен нижних конечностей и препятствует стазу крови в них, раннюю активацию больной в кровати (повороты, присаживание, вставание), лечебную гимнастику, санацию трахеобронхиального дерева.

С целью специфической профилактики целесообразно применять гепарин (по 5000 ЕД 2 раза в сутки в течение первых 7 сут после операции), механизм действия которого на систему гемостаза основан на его способности усиливать биологическое действие естественного плазменного белка (антикоагулянта) — антитромбина III. При использовании гепарина в малых дозах не требуется специального лабораторного контроля. За 2 дня до отмены прямых антикоагулянтов переходят на антикоагулянты непрямого действия (пелентан, фенилин и др.). Больным с угрозой тромбозов и тромбоэмболических осложнений гепарин или кальцепарин вводят непосредственно перед операцией.

В послеоперационном периоде необходимо проводить профилактику пареза кишечника. В основном она заключается в коррекции электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови. На следующий день после операции вводят под кожу 1 мл 0,05 % раствора прозерина. Через 30 мин ставят гипертоническую клизму. При парезе желудка и кишечника легкой степени вводят внутривенно 30 мл гипертонического раствора хлорида натрия, подкожно 2 мл 0,05 % раствора прозерина и через 30 мин делают гипертоническую клизму.

При парезе желудка и кишечника показаны зондирование и промывание желудка, внутривенное введение 30 мл 10 % раствора хлорида натрия, а через 30 мин гипертоническая клизма, осуществляют инфузионную терапию, направленную на коррек-

цию электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови под контролем электролитов крови (калий, натрий). Указанные мероприятия могут быть повторены в течение суток.

В отсутствие противопоказаний, начиная с 3 суток после операции, показана очистительная клизма.

Осмотр послеоперационного шва со сменой повязки производят на 2—4-е сутки после операции (обработка области шва спиртом), а затем по показаниям. Швы снимают на 8—10-е сутки после операции.

Влагалищное исследование выполняют на 8-е сутки после операции и перед выпиской больной, спринцевание влагалища — на 9—10-е сутки после экстирпации матки.

Восстановительное лечение в послеоперационном периоде проводят с помощью преформированных физиотерапевтических факторов. После удаления злокачественных новообразований половых органов физиотерапия противопоказана.

Общим для всех оперированных больных является создание оптимальных условий для заживления тканей, восстановления функциональной активности нейроэндокринной системы, адаптационных механизмов, повышения клеточного и гуморального иммунитета.

Согласно современным представлениям, основные этапы течения и существенные особенности раневого процесса наиболее точно отражает классификация, предложенная в 1977 г. М. И. Кузиным (цит. по Б. М. Костюченку и В. А. Карлову), в соответствии с которой различают фазы воспаления, регенерации, образования и созревания грануляционной ткани, реорганизации рубца и эпителизации. Увеличение продолжительности первой и второй фаз вследствие невозможности завершения острого воспаления полноценной регенерацией способствует развитию хронического воспалительного процесса. Переход острого воспалительного процесса в хронический может индуцировать не только выраженные анатомические (спаечный процесс), но и значительные функциональные изменения в виде сосудистых расстройств и вегетативных нарушений, сначала регионарных, а затем и генерализованных, что отрицательно влияет на репродуктивную систему — гормональную функцию яичников, сократительную активность маточных труб и др.

Для достижения этих целей используют новый лечебный физический фактор — переменное магнитное поле (ПеМП) низкой частоты (50 Гц), которое оказывает противовоспалительное, дегидратирующее, гипокоагуляционное и болеутоляющее действие.

Начинать применение преформированных лечебных физических факторов следует с 1-х суток и не позднее 3 сут после операции. Первые процедуры проводят больной в кровати (при необходимости в палате интенсивной терапии), а последующие, начиная с 5—6-х суток послеоперационного периода, когда состояние женщины улучшается, — в кабинете физиотерапии. Желательно,

чтобы этот кабинет находился в гинекологическом отделении. Воздействия можно осуществлять как до, так и после смены повязки на послеоперационной ране.

Для восстановительной низкочастотной магнитотерапии используют аппарат «Полюс-1», режим работы прерывистый, ток пульсирующий. Процедуры проводят ежедневно, продолжительность их 15 мин на курс, как правило, не более 10 процедур.

Возникающие в редких случаях в зоне воздействия ощущения слабого тепла и (или) легкого покалывания носят преходящий характер и не являются показанием к отмене процедур.

При невозможности применения ПемП низкой частоты восстановительную физиотерапию после гинекологических операций проводят с помощью токов ультравысокой частоты (аппараты УВЧ-30, УВЧ-66 или УВЧ-80-3).

Универсальным методом улучшения оксигенации тканей является гипербарическая оксигенация (ГБО). Адекватная кислородная обеспеченность, будучи общебиологическим фактором, вызывает нормализующий эффект в различных органах и системах. Применение ГБО в послеоперационном периоде приводит к нормализации функции печени и почек, дает бактериостатический эффект, что отражается на эффективности антибактериальной терапии. ГБО служит мощным средством профилактики и лечения парезов кишечника. ГБО применяют начиная со 2—3-х суток послеоперационного периода. Курс лечения составляет 3—5 сеансов, по одному в день.

При наличии сопутствующего воспалительного процесса целесообразно через 2—3 нед после выписки из стационара провести сочетанный электрофорез йода и цинка или (при противопоказаниях к введению ионов цинка) электрофорез йода.

Назначение физиотерапевтических процедур рекомендуется обсудить с физиотерапевтом.

Глава 3

АНЕСТЕЗИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

3.1. АНЕСТЕЗИЯ

3.1.1. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Эндотрахеальный наркоз является наиболее общепринятым способом общей анестезии при гинекологических операциях, связанных со вскрытием брюшной полости. При влагалищных операциях или операциях на промежности эндотрахеальный наркоз применяется по индивидуальным показаниям — в зависимости от состояния больной и характера предстоящей операции. Такие

операции, как устранение сложных урогенитальных свищей, требуют эндотрахеального наркоза с мышечными релаксантами для обеспечения полного расслабления мышц тазового дна.

При экстирпации матки с придатками, надвлагалищной ампутации матки, консервативной миомэктомии, удалении опухолей и кист яичников, а также гинекологических операциях, требующих расширенного оперативного вмешательства на соседних органах малого таза, лучше применять эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких. Обеспечение тотальной мышечной релаксации позволяет создать условия, необходимые для выполнения основных этапов операции на органах малого таза. Эндотрахеальный наркоз надежно защищает воздухоносные пути от попадания в них желудочного содержимого и является оптимальным способом поддержания свободной проходимости дыхательного контура на протяжении всего наркоза.

Общепринятая схема эндотрахеального наркоза предусматривает следующие основные этапы: премедикацию, вводный наркоз и интубацию трахеи, поддержание основного наркоза, период пробуждения и экстубации, ближайший посленаркозный период.

Премедикацию осуществляют, вводя 20—40 мг промедола, 0,5—1 мг атропина и 20—40 мг димедрола. По индивидуальным показаниям каждый из компонентов может быть заменен препаратом аналогичного действия: омнопонем, метацином, дипразином. В экстренных ситуациях фармакологические средства вводят внутривенно. Дозу определяют индивидуально по показаниям с учетом исходного состояния больной. Премедикация может быть дополнена нейролептическими (дроперидол), транквилизирующими (диазепам) и другими психотропными веществами. Эти средства наиболее показаны женщинам с экстрагенитальной патологией, когда возникает необходимость в достижении более выраженного седативного эффекта, снятии чрезмерно выраженных психоэмоциональных реакций, а также в профилактике осложнений рефлекторного генеза.

При сопутствующей экстрагенитальной патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нарушении функций паренхиматозных органов (печень, почки) премедикацию дополняют комплексом других фармакологических средств, целенаправленно корректируя выявленные нарушения. Имеется в виду применение тонизирующих сердечно-сосудистых средств при нарушении функции кровообращения, бронходилататоров у больных с склонностью к бронхоспазму, гипотензивных препаратов при артериальной гипертензии и др.

При аллергических реакциях, лекарственной болезни, длительном приеме глюкокортикоидов необходимо дополнять премедикацию введением стероидных гормонов (преднизолон, гидрокортизон) в профилактических дозах. Общую дозу их и интервалы между введениями определяют строго индивидуально.

Средства для премедикации и дозы ингредиентов подбирает

анестезиолог на основании комплексной оценки состояния больной с учетом ее «анестезиологического» анамнеза.

Какой-либо специфики в техническом выполнении вводного наркоза и интубации трахеи у гинекологических больных нет. Введение в наркоз достигается по общепринятым установкам. С этой целью могут быть использованы ингаляционные (фторотан, закись азота, эфир) и внутривенные (тиопентал-натрий, гексенал, пропанидид, калипсол) анестетики, а также их сочетания с анальгетическими, нейролептическими и атарактическими средствами.

Общепринятым способом вводного наркоза у гинекологических больных является внутривенное введение 1—2 % раствора тиопентал-натрия (8—10 мг/кг). В последнее время большое распространение получил калипсол. Скорость введения и общую дозу анестетика устанавливают индивидуально соответственно клинической картине вводного наркоза.

В период поддержания анестезии во время гинекологических операций определяющую роль играют следующие факторы: оптимальная глубина анестезии, нейровегетативная защита, мышечная релаксация, адекватная вентиляция легких. Каждый из указанных выше компонентов наркоза может достигаться разными способами.

Искусственную вентиляцию легких осуществляют как аппаратным, так и ручным способом.

В настоящее время по существу полностью оставлено поддержание наркоза каким-либо анестетиком — по типу мононаркоза. Общепринятым принципом является так называемый комбинированный (многокомпонентный) способ наркоза, когда основу его составляет закись азота (N_2O), а любой другой анестетик используется лишь как дополнительный компонент. Именно закись азота как наиболее управляемое и наименее токсичное наркотизирующее средство отвечает требованиям, предъявляемым многокомпонентным способам общей анестезии. Особое значение это приобретает при гинекологических операциях у больных с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями органов дыхания, печени, почек, при эндокринных нарушениях, общей интоксикации, гиповолемии, анемии, острых кровотечениях.

Методика поддержания анестезии с помощью закиси азота и других вспомогательных анестетиков может быть различной. Это определяется анестезиологом в зависимости от конкретных условий и возможного выбора наиболее оптимального сочетания анестезирующих и анальгетических средств.

Весьма распространено поддержание анестезии закисью азота в сочетании с фторотаном. При этом смесь закиси азота и кислорода подается в дыхательный контур в соотношениях 3:1 или 2:1 вместе с фторотаном. Если выявляется недостаточная глубина наркоза, тогда концентрация фторотана временно может быть увеличена по мере стабилизации наркоза.

Фторотан, являясь мощным анестезирующим средством, ока-

зывает побочное депрессивное воздействие на функцию кровообращения и дыхания, выступает в роли дополнительного, а не основного компонента. Это снижает потенциальную опасность его токсического влияния на паренхиматозные органы, главным образом на печень, в отношении которой анестетик действует наиболее токсично.

Относительными противопоказаниями к комбинированному наркозу закисью азота в сочетании с фторотаном являются глубокие морфологические и функциональные поражения печени, почек, а также тяжелые нарушения функций мышцы сердца и сердечно-сосудистой системы. Состояние гиповолемии, особенно на фоне острой массивной кровопотери, является противопоказанием к использованию фторотана.

Преимущества нейролептаналгезии перед другими способами комбинированной анестезии заключаются в том, что из схемы основного наркоза полностью выключаются сильнодействующие анестезирующие средства (фторотан, эфир, циклопропан и др.), которые заменяются нейролептиками и анальгетиками. При этом методе комбинированного наркоза закись азота составляет основу общей анестезии, а дроперидол и фентанил являются вспомогательными компонентами.

В настоящее время в анестезиологическую практику акушерско-гинекологических стационаров внедряются методы длительного поддержания наркоза закисью азота в сочетании с новыми анестетиками и ненаркотическими анальгетиками (кеталар, калипсол, морадол).

Большое внимание придается внедрению безмедикаментозных методов анестезии, таких как электроаналгезия, акупунктура, электроакупунктура. Применение этих методов позволяет полностью исключить либо значительно снизить дозы наркотических анальгетиков, что особенно важно у женщин с тяжелой сопутствующей патологией.

Операции на наружных половых органах и промежности у большинства больных могут быть выполнены под масочным наркозом. Если же возникает необходимость в длительном наркозе и в постоянной релаксации мышц тазового дна, то лучше проводить эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких. В настоящее время масочный наркоз выполняют лишь аппаратным способом, что позволяет более точно дозировать как ингаляционные анестетики, так и кислород. Аппаратный метод одновременно предусматривает надежное обеспечение нормальной проходимости верхних дыхательных путей с применением воздуховода при наличии готового набора для срочной интубации трахеи в случае возникновения непредвиденного нарушения функции дыхания. Строгое выполнение указанных выше условий делает масочный наркоз таким же безопасным, как и эндотрахеальный.

3.1.2. ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Как самостоятельный метод хирургического обезболивания этот вид регионарной проводниковой анестезии известен более 50 лет, но только в последнее десятилетие стали очевидны его большие потенциальные возможности.

Термином «перидуральная анестезия» обозначается одна из форм проводниковой анестезии, которая вызывается одномоментным или длительным введением раствора местного анестетика непосредственно в перидуральное пространство после пункции в поясничном, грудном или шейном отделе позвоночника. Термины «перидуральная», «эпидуральная» и «экстрадуральная» являются синонимами, но термин «перидуральная» анестезия предпочтительнее, поскольку он непосредственно указывает, что анестетик распространяется вокруг твердой оболочки спинного мозга.

В последние годы в общей хирургии возрождается интерес к различным вариантам регионарной анестезии. В оперативной гинекологии перидуральная анестезия привлекает внимание специалистов, так как обеспечивает обезболивание при оперативных вмешательствах у пожилых и ослабленных женщин, пациенток, страдающих различными легочными заболеваниями, в случаях, когда применение мышечных релаксантов противопоказано, при затруднении либо невозможности интубации трахеи.

Кроме того, перидуральная анестезия показана при операциях, когда по каким-либо причинам необходима управляемая гипотония, а также при экстренных операциях, когда нет возможности эвакуировать содержимое желудка. Ее проводят при оперативных вмешательствах у больных с поражением почек, печени и других органов, поскольку при перидуральной анестезии нет необходимости применять медикаменты, влияющие на их функцию, а также при заболеваниях с нарушением обмена веществ, в частности при сахарном диабете.

Противопоказанием к проведению перидуральной анестезии являются:

1) дерматиты, гнойничковые поражения в области предполагаемой пункции из-за возможности переноса инфекции с поверхности кожи в перидуральное пространство;

2) острая генерализованная инфекция из-за возможности развития гематогенного менингита;

3) внутреннее кровотечение или шок, что приводит к блокаде симпатической нервной системы, может парализовать компенсаторные сосудосуживающие механизмы при кровотечениях и вызвать необратимый геморрагический шок;

4) нарушения свертывающей системы крови. Сюда относят многочисленные виды нарушений свертывания крови по различным причинам: от связанных с антикоагулянтной терапией до гипофибриногенемии, т. е. при тенденции к патологическому кровотечению или к изменениям процессов тромбообразования.

Описано несколько случаев параплегии, вызванной компрессией спинного мозга, гематомой в перидуральном пространстве;

5) острые органические заболевания центральной нервной системы инфекционной и неинфекционной природы, а также органические поражения спинного мозга и позвоночника;

6) повышенная чувствительность к местным анестетикам. Случаи сенсibilизации к местным анестетикам чрезвычайно редки, но если в анамнезе имеются указания на это, то от перидуральной анестезии следует отказаться, поскольку потребуются введение большого количества местного анестетика;

7) выраженная деформация позвоночного столба, артриты, остеопороз, которые делают фактически невозможной или опасной перидуральную пункцию.

Перидуральная анестезия относительно противопоказана, если больная страдает частыми приступами сильной головной боли, болями в спине, в частности из-за того, что после операции появление этих болей будет расценено как осложнение анестезии.

Хронические заболевания центральной нервной системы (сифилис, полиомиелит и др.), пернициозная анемия служат относительным противопоказанием к перидуральной анестезии. Кроме того, есть тенденция любые последующие неврологические и нейромышечные нарушения объяснять этим методом обезболивания. Спинномозговая грыжа также является относительным противопоказанием к перидуральной анестезии.

Осложнения при перидуральной анестезии могут возникнуть из-за технических погрешностей или быть результатом фармакологических эффектов анестетика, наблюдаемых после введения этих препаратов в перидуральное пространство.

Местный анестетик может вызвать местные или общие токсические явления в периферической или центральной нервной системе (невриты, менингизм или арахноидит). Токсические эффекты местных анестетиков проявляются различными реакциями от сонливости до тремора и судорог включительно.

Прикосновение иглы к спинномозговому нерву вызывает чувство острой боли или ощущение удара электрическим током в зоне распространения нерва. Такая незначительная травма спинномозгового нерва не ведет к каким-либо серьезным последствиям.

Недостаточное соблюдение правил асептики и антисептики может привести к развитию гнойных осложнений от местного абсцесса до гнойного менингита или арахноидита. Концом иглы могут быть повреждены спинномозговые нервы или даже спинной мозг, что может привести к различным неврологическим осложнениям от временной аналгезии или гиперестезии до паралича одного или нескольких спинномозговых нервов, синдрома конского хвоста или стойкого паралича конечностей.

Боли в спине могут быть связаны с травмой связочного аппарата или суставной сумки, а также с травмой других тканей. Головная боль может быть следствием химического или механи-

ческого раздражения спинномозговых нервов или менингеальной оболочки. Тотальный субарахноидальный блок после случайного субдурального введения больших объемов анестетика является наиболее опасным осложнением.

К числу прочих осложнений относятся гипотония, аритмия, транзиторная парестезия (временное ощущение онемения и парестезии), параплегия, гематома перидурального пространства у больных, получавших антикоагулянты во время длительного пребывания катетера в перидуральном пространстве, вследствие чего возникали параличи от сдавления спинного мозга, гипонаталгезия и гиперестезия.

Литературные данные подтверждают, что частота серьезных неврологических осложнений и летальных исходов очень низка. У большинства больных они связаны со случайным субарахноидальным введением местного анестетика или другими погрешностями техники перидуральной анестезии.

Техника перидуральной пункции. Различные методы определения перидурального пространства подразделяются на две основные группы: методы, базирующиеся на ощущении утраты сопротивления, и методы, связанные с выявлением отрицательного давления.

В каждом случае независимо от места перидуральной пункции необходимо широко обработать кожу спины спиртовым раствором йода и этиловым спиртом.

Больную укладывают на бок с приведенными к груди конечностями; возможно положение больной сидя.

По средней линии межпозвоночного промежутка раствором анестетика на поверхности кожи создают инфильтрат в виде лимонной корочки. В центре атравматической иглой или стилетом производят кожную пункцию. В образовавшееся отверстие параллельно остистым отросткам вводят иглу для пункции перидурального пространства. Для пункции перидурального пространства необходимо, чтобы пальцы плотно охватывали иглу, а руки упирались в спину больной. После пункции кожи иглу медленно и осторожно продвигают через слои связок, ощущая сопротивление каждой из них. Ощущение легкого щелчка и внезапное свободное продвижение иглы означают попадание в перидуральное пространство. После того как конец иглы вошел в это пространство, удаляют мандрен и соединяют иглу со шприцем, содержащим «поисковый» раствор (изотонический раствор хлорида натрия).

При введении раствора отсутствие сопротивления подтверждает правильное местонахождение иглы. После этого скос иглы направляют в краниальную или каудальную сторону в зависимости от того, с какой целью производят анестезию. Продленная перидуральная анестезия обеспечивается введением в перидуральное пространство через иглу пластикового катетера. При введении катетера для предотвращения перфорации твердой оболочки спинного мозга иглу непрерывно оттягивают на себя.

Обычно катетер не продвигают более чем на 4—5 см в пределах перидурального пространства. Затем извлекают иглу и соединяют перидуральный катетер с подкожной иглой. Вводят 3 мл раствора анестетика. Если введение этой дозы затруднено, то следует оттянуть катетер на 1—2 см, пока раствор не станет поступать свободно. Каждый раз, когда смещают катетер, необходимо убедиться в отсутствии в шприце цереброспинальной жидкости или крови. Если признаков спинномозговой анестезии нет, то вводят заранее рассчитанную дозу местного анестетика.

Постоянный катетер не следует вводить в перидуральное пространство более чем на 5 см за пределы иглы, как уже упоминалось выше, чтобы уменьшить: 1) опасность повреждения кровеносных сосудов и нервов в перидуральном пространстве; 2) возможность сгибания или скручивания катетера; 3) вероятность проведения катетера сквозь межпозвонковое отверстие, вследствие чего наблюдается неадекватная анестезия; 4) число разрывов катетера при удалении его из перидурального пространства.

Рекомендуется удалять катетер через 2—3 дня.

Как правило, после введения 3—5 мл местного анестетика на протяжении 5—10 мин наблюдают за больной, чтобы убедиться в том, что у нее отсутствуют признаки спинномозговой анестезии. При появлении таких признаков либо отказываются от проводниковой анестезии, либо выполняют оперативное вмешательство под спинномозговой анестезией.

Лидокаин и его производные являются препаратами выбора для перидуральной анестезии.

Максимальные дозы различных местных анестетиков приемлемы только для физически крепких больных. Для пожилых, ослабленных или истощенных больных максимальная доза должна быть уменьшена по крайней мере на 25—33 %. Фармакологи, как и клиницисты, устанавливают дозы в миллиграммах на 1 кг массы тела. Анестетик вводят в замкнутое цилиндрическое пространство, объем которого зависит от многих факторов (возраст, общее физическое состояние, объем жидкости в организме). У тучных больных вследствие значительного развития подкожной жировой клетчатки в перидуральном пространстве возникает сегментарная анестезия большей протяженностью, чем у худых больных, при одинаковом количестве введенного анестетика. Иными словами, потребность в анестетике, выраженная в миллиграммах на 1 кг массы тела, у них меньше. На практике редко вводят больше 30—35 мл раствора, поскольку может возникнуть распространенная сегментарная блокада или системные токсические реакции.

3.1.3. МЕСТНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Несмотря на то что в настоящее время имеется много методов обезболивания хирургических операций с использованием

современных фармакологических препаратов и немедикаментозных методов, местная анестезия не потеряла значения.

Прежде всего она используется в тех случаях, когда по каким-либо причинам противопоказано проведение общего обезболивания. Кроме того, некоторые небольшие оперативные вмешательства у женщин с устойчивой нервной системой вполне могут быть произведены под местной анестезией.

Известны различные виды местной анестезии.

Местную инфильтрационную анестезию осуществляют следующим образом. Вводя тонкой иглой 0,25 % раствор новокаина, в месте предполагаемого разреза создают «лимонную корочку». Затем более толстой иглой через обезболенный участок кожи послойно инфильтрируют ткани брюшной стенки в области разреза. Произведя разрез, новокаин обязательно вводят под париетальную брюшину. Если кишечник мешает выполнению операции, то новокаин вводят в корень брыжейки тонкого кишечника. Затем инфильтрируют новокаином связки, которые необходимо пересекать во время операции. При введении новокаина не следует натягивать связки, чтобы женщина не испытывала болей. Каждому движению хирурга должно предшествовать введение новокаина.

В свое время А. В. Вишневский выполнял обширные операции под местной инфильтрационной анестезией, вводя больным до 2 л раствора новокаина. В настоящее время анестезиологическая служба обеспечивает обезболивание при больших операциях, поэтому использование новокаина при них имеет исторический интерес.

Производя влагалищные операции, также инфильтрируют ткани новокаином, что способствует их расслоению.

При пудендальной анестезии в положении больной, как для влагалищных операций, с целью блокады полового нерва вводят 0,25 % раствор новокаина с обеих сторон на середине расстояния между седалищным бугром и задней спайкой по 40—50 мл в каждую сторону. Иглу продвигают на 7—8 см, делая веерообразные движения.

Сочетание пудендальной анестезии с инфильтрационной дает хороший эффект.

3.1.4. РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПО ФРИНОВСКОМУ

Обезболивание складывается из пресакральной анестезии, обезболивания брюшной стенки и внутрибрюшной блокады.

Сущность метода заключается в блокировании копчикового и пояснично-крестцового нервных сплетений, а также нервов основного тазового сплетения и иннервации всех органов малого таза со спинальными проводниками и местными вегетативными узлами.

Первый этап — пресакральная анестезия. Больную укладывают на край операционного стола, как для влагалищной опера-

ции, с согнутыми в коленях ногами и с резко притянутыми к животу бедрами. Кожу ягодиц, промежности и область крестца смызывают йодонатом.

Затем нащупывают копчик и, вдавив кожу с боков его указательным и средним пальцами левой руки, заземляют копчик между пальцами, чтобы не только отчетливо ощущать, но и видеть выступ копчика под кожей. Правой рукой резким движением вкалывают длинную иглу, насаженную на 10-граммовый шприц с 0,25 % раствором новокаина, непосредственно над копчиком. Продвигая иглу немного вглубь, вводят обезболивающий раствор в количестве 20 мл для блокады копчикового нервного сплетения. После этого раствор новокаина вводят в переднюю поверхность крестцовой кости по правому и левому краям. Всего для пресакральной анестезии расходуют 200 мл 0,25 % раствора новокаина.

Второй этап — анестезия передней брюшной стенки. Больную укладывают на операционном столе в положении на спине с вытянутыми ногами. Блокируют VI—XII межреберные, подвздошно-паховые, подвздошно-подчревные и наружные семенные нервные стволы. Кроме того, в области лобка блокируются ветви полового нерва и все нервные элементы, располагающиеся в подбрюшинной околопузырной клетчатке.

После соответствующей подготовки передней брюшной стенки тонкой иглой делают 6 кожных вколов для образования «лимонных корочек»: первый — под мечевидным отростком, второй и третий — у нижнего края реберной дуги, четвертый и пятый — по линии; соединяющей гребешки подвздошных костей, шестой — на лобке в области лонного сочленения, ближе к половой щели.

Обезболивание начинают с верхнего отрезка передней брюшной стенки. Первый вкол делают под мечевидным отростком (ниже на 1,5—2 см), как при внутримышечной инъекции, проводя иглу через кожу и подкожную жировую клетчатку до апоневроза. Апоневроз хорошо ощущается как плотное препятствие к проникновению иглы вглубь. Начинают вводить из шприца раствор новокаина, затем продвигают иглу под апоневроз примерно на 1 см до предбрюшинной клетчатки, которую инфильтрируют новокаином. Под апоневрозом, в мышцах и предбрюшинной клетчатке образуется инфильтрат. Не вынимая иглы, а только оттянув ее конец обратно до подкожной жировой клетчатки, изменяют ее направление под острым углом вправо и тем же способом вводят в предбрюшинную клетчатку обезболивающий раствор, создавая сплошной инфильтрат вдоль края реберной дуги. При втором и третьем вколах производят анестезию нижележащих отделов передней брюшной стенки, полностью блокируя межреберные, а также частично илио- и гипогастральные нервы.

Затем иглу вкалывают через «лимонные корочки», образованные по гребешковой линии. Обезболивающий раствор вводят в брюшную стенку сначала сверху в направлении предполагаемого новокаинового вала, созданного предыдущими вколами, а затем

книзу по направлению к ветвям лобковой кости, проводя иглу под паховую связку.

После этого раствор анестетика вводят в надкостницу лонных костей в области их сочленения и надкостницу ветвей лонных костей в направлении правой и левой бедренно-половых складок. Далее, оттянув на себя иглу, изменяют ее направление вдоль ветвей лонных костей вправо и влево и продвигают через мышечный слой к предбрюшинной клетчатке, навстречу инфильтрату, сделанному ранее под паховыми связками. Таким образом замыкается в виде многогранника новокаиновый вал передней брюшной стенки. Теряется чувствительность всей передней стенки живота от мечевидного отростка до лобка и слева направо до средних аксиллярных линий.

На третьем этапе анестезии, произведя чревосечение и хорошо открыв рану зеркалами, приступают к блокаде внутрибрюшинных нервных стволов и сплетений (гипогастральное сплетение, внутренние яичниковые нервы и др.). Их удается блокировать при образовании сплошного новокаинового вала по безымянной линии таза в виде замкнутого кольца.

Первый вкол производят под брюшину и под слепую кишку. Второй вкол делают рядом с первым в направлении к мысу крестца. Этот вкол обычно попадает в основание правой воронкотазовой связки. Следующий вкол, произведенный также в край образованного новокаином инфильтрата, совпадает с местом, близким к бифуркации аорты. Достигнув центра мыса (бифуркация аорты), вводят 60—70 мл обезболивающего раствора. Далее раствор вводят в брыжейку сигмовидной кишки, затем под брюшину, покрывающую крестец. Анестезию продолжают по безымянной линии таза, вводя раствор новокаина малыми дозами (ползучий инфильтрат), сначала по правой, а затем по левой стороне таза, замыкая кольцо обезболивания в центре пуэрно-маточной складки брюшины.

3.1.5. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Проведение малых гинекологических операций (искусственное прерывание беременности, диагностическое выскабливание и т. д.) без обезболивания может вызвать нежелательные изменения в жизненно важных системах организма. Описаны летальные исходы болевого шока при расширении шейки матки. Раздражение высокочувствительных рефлексогенных зон матки в процессе расширения шейки матки, удаления плодного яйца и сокращения маточной мускулатуры вызывает поток афферентной болевой импульсации.

Обезболивающие средства, которые могут быть применены при малых гинекологических операциях, должны отвечать следующим требованиям: обеспечивать быстрое наступление анесте-

зии, адекватное обезболивание на протяжении всего периода оперативного вмешательства, ретроградную амнезию, иметь широкий терапевтический диапазон, быстро элиминироваться из организма, не оказывать выраженного отрицательного воздействия на жизненно важные органы и системы, не угнетать сократительную деятельность матки. Анестезия при малых гинекологических операциях может применяться в виде как общего, так и местного обезболивания. Последнее должно производиться с применением современных местных анестетиков на фоне адекватной премедикации.

При кратковременной анестезии нужно, чтобы в операционном зале имелось все необходимое для оказания экстренной анестезиологической и реанимационной помощи в случае внезапного развития осложнений анестезии (коллапс, анафилактический шок, аспирационный синдром и др.).

Ингаляционную и внутривенную анестезию должен проводить анестезиолог-реаниматолог. После пробуждения женщины и восстановления словесного контакта с ней самостоятельный переход пациентки в палату не допускается, транспортировка осуществляется на каталке.

Существуют следующие методы обезболивания малых гинекологических операций: 1) общая ингаляционная анестезия (закистью азота, фторотаном); 2) общая внутривенная анестезия (сомбревином, кетаминном, их сочетаниями, анестетиками, барбитуратами); 3) местная анестезия (парацервикальная).

Ингаляционная аналгезия закистью азота не раздражает слизистую оболочку дыхательных путей, не угнетает дыхание и кровообращение, не оказывает заметного токсического действия на миокард. Выводится из организма в неизменном виде через дыхательные пути. Отсутствие кумулятивного эффекта и побочных реакций делает данный анестетик одним из наиболее безопасных и легко управляемых. Аналгезию закистью азота с кислородом осуществляют с помощью аппаратов серии НАПП или любого наркотозного аппарата, позволяющего производить газовый наркоз. Ингаляцию начинают с подачи чистого кислорода, затем подают закисть азота в смеси с кислородом в соотношении 2:1 или 3:1. Стадия аналгезии наступает через 3—3,5 мин. Подачу закиси азота прекращают с началом контрольного кюретажа. После этого полное восстановление сознания наступает через 1,5—2 мин. Иногда в период пробуждения может быть рвота. Закисть азота в сочетании с кислородом не всегда обеспечивает необходимую степень аналгезии. В момент расширения канала у большинства женщин боль снимается не полностью. При этом может возникнуть двигательное возбуждение, которое осложняет течение операции и наркоза. Наиболее часто подобная реакция наблюдается у женщин с неустойчивой психикой, а также при технических трудностях во время операции. Для усиления эффекта анестезии проводят предварительную медикаментозную подготовку (премедикация) с включением

в ее состав наркотического анальгетика промедола в дозе 10—20 мг внутримышечно. В зависимости от массы тела и психоэмоционального состояния женщины для премедикации можно использовать транквилизатор диазепам (седуксен). При психомоторном возбуждении и сильном страхе внутримышечно вводят 10—20 мг препарата (2—4 мл 0,5 % раствора). В случаях резко выраженного возбуждения препарат можно вводить внутривенно. Для премедикации применяют также нейролептик дроперидол, который вводят обычно внутримышечно за 30—60 мин до операции в дозе 2,5—5 мг (1—2 мл 0,25 % раствора), антигистаминный препарат димедрол в дозе 1—2 мл 1 % раствора внутримышечно или 2,5 % раствор дипразина (пипольфен) в дозе 1—2 мл внутримышечно. В премедикацию могут включаться также антихолинергические препараты атропин в дозе 0,5—1 мг (0,5—1 мл 0,1 % раствора) или метацин в дозе 1 мг (1 мл 0,1 % раствора), вводимые внутримышечно или подкожно.

Кратковременный фторотановый наркоз допустим лишь как исключение, по особым показаниям. К ним относятся гипертоническая болезнь, бронхиальная астма с неустойчивой ремиссией, неукротимая рвота при раннем токсикозе, противопоказания к применению других анестетиков, в частности индивидуальная непереносимость. Фторотан — мощное анестезирующее средство, для действия которого характерна короткая анальгетическая фаза. Анестетик оказывает выраженное релаксирующее влияние на матку, поэтому повышается опасность гипотонического кровотечения, особенно при сроке беременности более 12 нед.

Общая внутривенная анестезия. Сомбревин — анестетик ультракороткого действия, вводится внутривенно. Дает выраженный гипотонический и слабый анальгетический эффект. Он подавляет кашлевой, глотательный рефлекс, снижает мышечный тонус и артериальное давление, вызывая при этом транзиторную тахикардию. Сомбревин способен стимулировать рвотный центр. К достоинствам анестетика следует отнести стремительность наступления хирургической стадии наркоза (практически «на конце иглы»), кратковременность действия, отсутствие выраженной постнаркотической депрессии. После введения его в дозе 8—12 мг/кг (5 % раствора) наркоз продолжается 2—5 мин. Сомбревин подвергается быстрому гидролизу в печени тканевыми ферментами, в почках и крови — псевдохолинэстеразой и тромбозитарными ферментами. Около 90 % введенной дозы выводится в виде метаболитов с калом и мочой в течение 2 ч.

Описаны многочисленные осложнения, связанные с применением сомбревина: мышечная дрожь, произвольные движения, судороги, двигательное возбуждение, артериальная гипотония и гипертензия, гиперсаливация, гиперпноэ с последующим апноэ длительностью более 45 с, ларингоспазм, бронхиолоспазм, атриовентрикулярная блокада, остановка сердца, крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др. В связи с этим сомбревин не может быть рекомендован в виде средства для мононаркоза.

Побочные реакции при его применении в значительной мере могут быть устранены путем его комбинации с другими лекарственными средствами. Сомбревин вводят:

1) внутривенно в дозе 500 мг с 1000 мг глюконата кальция со скоростью 30—50 мг/с. При необходимости могут быть введены повторные дозы — 250—500 мг, максимум до 2500 мг (8—25 мг/кг при продолжительности анестезии 5—20 мин);

2) в дозе 500 мг с добавлением 5—10 мг седуксена или его аналогов. Повторные дозы вводят по описанной выше методике;

3) в дозе 500 мг совместно с 50 мг кетамина (калипсол, кеталор). Анестезию пролонгируют в соответствии с клиническими симптомами ее адекватности путем введения повторной уменьшенной дозы комбинации этих растворов.

Премедикацию осуществляют не менее чем за 30 мин до начала обезболивания по описанным выше схемам. Внутривенную анестезию можно сочетать также с ингаляцией смеси закиси азота и кислорода в соотношении 1:1, 2:1. При возникновении осложнений лечение проводят в соответствии с принципами, изложенными в руководствах по анестезиологии и реаниматологии. При случайном попадании сомбревина под кожу необходимо произвести обкалывание этой области 20—40 мл 0,25 % раствора новокаина.

В заключение следует отметить, что удельный вес кратковременных анестезий, проводимых сомбревином, с каждым годом снижается.

Кетамин — анальгетический препарат, особенностью фармакологического действия которого является быстрое наступление наркотического эффекта. После внутривенного введения 0,002 мг/кг эффект наступает через 30—40 с и длится 5—10 мин. Период полужизни препарата около 2 ч.

Кетамин вызывает диссоциативную анестезию — состояние, при котором одни участки головного мозга возбуждаются, а другие угнетаются. Его действие характеризуется мощной анальгезией и поверхностным сном. В организме кетамин быстро окисляется. Продукты окисления выводятся почками. Во время наркоза появляется тенденция к учащению пульса, повышению систолического и диастолического артериального давления, сердечного индекса, минутного объема сердца, хотя ударный объем его при этом изменяется незначительно. Применение этого анестетика для наркоза женщинам с гипертензивным синдромом нежелательно.

К отрицательным сторонам кетаминowego мононаркоза относятся психомоторные расстройства в виде галлюцинаций, неприятных сновидений, делирия, произвольных движений конечностей. В связи с этим в последнее время внедряется метод сбалансированной анестезии кетамином в комбинации с транквилизатором диазепамом, что позволяет в значительной степени нивелировать гипердинамические и нежелательные психомоторные эффекты кетаминowego мононаркоза.

Положительным свойством кетамина является то, что он улучшает легочный кровоток и расслабляет мускулатуру бронхов. В связи с этим для женщин, страдающих бронхиальной астмой, а также острыми и хроническими заболеваниями бронхов, он, безусловно, является анестетиком выбора. Для обезболивания при искусственном прерывании беременности внутривенно вводят субнаркотическую дозу (1—1,5 мг/кг) кетамина с 5—10 мг седуксена в 5—10 мл изотонического раствора хлорида натрия. В предоперационную подготовку женщин с лабильной нервной системой, исходным аллергическим фоном целесообразно включать седативные и антигистаминные препараты (димедрол, супрастин).

Тиопентал-натрий — производное тиобарбитуровой кислоты. Выпускается во флаконах, содержащих 0,5—1 г сухого вещества. Водный раствор тиопентал-натрия имеет щелочную реакцию, что делает его несовместимым с растворами, имеющими кислую реакцию. Раствор готовят непосредственно перед употреблением, так как на воздухе он быстро разлагается. Наиболее безопасно применение 1—2,5 % раствора тиопентал-натрия.

Тиопентал-натрий оказывает сильное наркотическое действие, индукция в наркоз протекает быстро. Доза анестетика определяется строго индивидуально и в среднем составляет 8—10 мг/кг. Скорость введения препарата регулируют в зависимости от наступления наркотического эффекта. Тиопентал-натрий способствует повышению тонуса бронхиальной мускулатуры, поэтому наличие в анамнезе бронхиальной астмы является противопоказанием к его применению. При тиопенталовой анестезии обязательно включение в премедикацию холинолитиков и антигистаминных препаратов. Женщинам с сердечно-сосудистой патологией тиопентал-натрия следует вводить в растворах более низкой концентрации (1 или 2 %).

Парацервикальную анестезию осуществляют следующим образом. Шейку матки обнажают зеркалами, берут на пулевые щипцы. В парацервикальную клетчатку через боковые своды с помощью длинной иглы вводят по 15—20 мл 0,25 % раствора новокаина. Через 1—2 мин можно приступать к расширению канала шейки матки. Применение парацервикальной анестезии допустимо у женщин с высоким порогом болевой чувствительности, заболеваниями дыхательных путей, при отказе пациентки от общей анестезии.

Выбор метода обезболивания при наличии экстрагенитальных заболеваний осуществляется индивидуально в зависимости от состояния женщины.

3.2. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Обязательным и очень важным компонентом ведения гинекологических больных до, во время и после операции является трансфузионно-инфузионная терапия.

При тяжелой интоксикации в предоперационном периоде (некроз миоматозного узла, гнойные образования в области придатков матки, пельвиоперитонит, перитонит) у больных с анемией, тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологией, сопровождающейся нарушением водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, при почечно-печеночной недостаточности, панкреатите, декомпенсированной форме диабета и др. необходима инфузионная терапия, основными направлениями которой являются: 1) восстановление объема циркулирующей крови; 2) дезинтоксикация; 3) нормализация кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса; 4) поддержание коллоидно-осмотического давления.

Для лечения интоксикации в предоперационном периоде предлагается следующая программа (на сутки), включающая использование инфузионных сред с разнонаправленным действием: полиглюкин — 400,0; гемодез — 400,0; лактасол — 400,0; альбумин 5 % — 200,0. Объем инфузии определяют индивидуально под контролем пульса, артериального давления, центрального венозного давления (в среднем 1,2—2 л жидкости в сутки).

Длительность инфузионной терапии определяется тяжестью интоксикации, эффективностью терапии и сроками оперативного вмешательства. При длительной трансфузионно-инфузионной терапии показана пункция подключичной вены.

Пункцию подключичной вены проводят следующим образом: больная лежит на спине, под грудь подкладывают валик. Руки вытянуты вдоль туловища. Пальпаторно на поверхности I ребра определяют место перехода хряща в кость. Здесь по верхнему краю ребра производят пункцию иглой большого диаметра, длиной 5—7 см, надетой на шприц.

Поршень шприца следует несколько оттянуть, чтобы создать в нем отрицательное давление. Иглу направляют в сторону пригрудинного конца ключицы. Направление иглы должно быть внутрь и кзади.

После прокола вены через просвет иглы вводят полиэтиленовую струну, затем иглу удаляют и по струне вводят катетер на глубину 8—10 см. Катетер соединяют с иглой, а последнюю — с системой для переливания крови и других жидкостей. Во избежание тромбообразования катетер следует промывать гепарином 2 раза в день.

У женщин с сопутствующей экстрагенитальной патологией (декомпенсированный сахарный диабет, холецистопанкреатит, острая печеночная недостаточность и др.) инфузионная терапия до операции направлена на коррекцию метаболических нарушений и проводится по принципам лечения указанных выше заболеваний.

Перед операцией больным, у которых содержание гемоглобина ниже 80—90 г/л, гематокрит ниже 0,30 л/л, целесообразно производить вливание эритроцитной массы. Терапевтический

эффект наблюдается после переливания 150—200 мл. Количество и частота гемотрансфузий зависит от тяжести и длительности анемии. Обычно на курс лечения требуется 2—4 трансфузии.

Программу ликвидации операционной кровопотери составляют с учетом объема кровопотери и исходного состояния больной.

Во время больших травматических операций дозы, скорость, частота переливаний крови и ее компонентов индивидуальны. Эффективность гемотрансфузий значительно повышается при проведении их после предварительной искусственной гемодилюции, восстановления центральной и периферической гемодинамики и транскапиллярного обмена, создаваемых путем введения коллоидных и кристаллоидных растворов.

При кровопотере до 20 % объема циркулирующей крови (ОЦК) лечат следующим образом: применяют коллоиды (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль) в сочетании с кристаллоидами (изотонический раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы, дисоль, хлосоль, трисоль, ацесоль, лактосол) в соотношении 1:2 в количестве 130—160 % по отношению к кровопотере. Больным с кровопотерей более 20 % ОЦК необходимо переливать коллоиды в сочетании с кристаллоидами в соотношении 1:2 в количестве 160—180 %, а также компоненты крови в объеме 30—60 % по отношению к кровопотере.

Представленные схемы можно использовать у гинекологических больных с нормальными исходными показателями периферической крови и ОЦК. При наличии исходной анемии и гиповолемии объем инфузионно-трансфузионной терапии увеличивают, а показания к гемотрансфузии расширяют.

В случае массивной кровопотери и шока при продолжающемся кровотечении как с заместительной, так и с гемостатической целью показано переливание эритроцитной массы в дозе 150—500 мл, в отсутствие гемостатического эффекта — прямое переливание 300—400 мл крови. При кровопотере до 1000 мл переливание консервированной крови можно заменить введением 1500 мл кровезаменителей, восполняющих дефицит объема ОЦК и нормализующих артериальное давление. При больших кровопотерях (до 2000 мл) переливание 750 мл крови вполне компенсирует анемию, а введение 3000 мл кровезаменителей восстанавливает ОЦК и артериальное давление. При массивной кровопотере (3000—4000 мл) гемотрансфузия должна составлять 30—60 % объема крови, переливаемой в период выведения из шока. Количество вливаемой жидкости составляет 130—160 % объема кровопотери. При констатации постгеморрагической анемии в плановом порядке выполняют повторные гемотрансфузии консервированной крови или эритроцитной массы.

Основные задачи трансфузионной терапии в послеоперационном периоде: 1) поддержание необходимого ОЦК; 2) улучшение микроциркуляции; 3) нормализация кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса; 4) восстановление кислородно-транспортной функции крови.

Ориентировочной программой инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде является сочетанное применение коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1:1, препаратов и компонентов крови по показаниям.

Объем инфузий и выбор инфузионных сред зависит от объема оперативного вмешательства, возможности и количества жидкости, принимаемой внутрь, степени гиповолемии, анемии, гипопротенемии, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. Средний объем инфузионно-трансфузионной терапии у гинекологических больных в послеоперационном периоде 1000—1500 мл, продолжительность инфузионно-трансфузионной терапии 2—3 сут.

Непреложным правилом коррекции гомеостаза в послеоперационном периоде является тщательный лабораторный контроль. Необходимы динамическая клиничко-лабораторная оценка состояния больной и в соответствии с этим коррекция плана лечения. Для коррекции белковых нарушений применяют нативную концентрированную плазму по 50—100 мл или протеин по 250 мл ежедневно.

При анемиях различной этиологии рекомендуется переливание 125—500 мл эритроцитной массы в зависимости от степени анемии. При необходимости трансфузия может быть повторена в последующие 2—6 дней.

Обязательно исследование обмена железа, а при дефиците его дополнительное назначение соответствующих препаратов как внутрь, так и парентерально.

Необходимо иметь в виду, что наибольшими преимуществами обладают отмытые нативные эритроциты и отмытая размороженная эритроцитная взвесь, так как в них отсутствуют или содержатся в минимальном количестве сенсibiliзирующие факторы (белки плазмы, лейкоциты, тромбоциты и др.), продукты распада и вазоактивные вещества, плазменные факторы гемокоагуляции. Применение этих видов эритроцитной массы является оптимальным при гемотерапии больных с повышенной реактивностью и сенсibiliзацией, наличием антилейкоцитарных и антитромбоцитарных антител.

Выполнение операций или каких-либо диагностических манипуляций (пункция заднего свода влагалища, биопсия шейки матки, лапароскопия и др.) у больных с болезнью Виллебранда, дефицитом факторов свертывания крови, тромбоцитопатией требует заместительной терапии компонентами крови. При болезни Виллебранда эффективны антигемофильная плазма и криопреципитат в дозе 15 ЕД/кг, повышающие активность фактора VIII (фактор Виллебранда) до 100 %, а затем поддерживающие 50 % активность в течение 36 ч. Частота введения гемопрепаратов не реже 1 раза в 2 дня.

Профилактическое введение концентратов фактора IX (PPSB — активный коагулянтный фактор) показано при гемофилии В. Они позволяют поддерживать гемостатический уро-

вень фактора IX (25 %). При выполнении малых операций можно использовать свежезамороженную плазму по 10—15 мл/кг ежедневно. При дефиците фактора VII обычно требуются высокие дозы плазмы или PPSB — 20—30 ЕД/кг перед операцией и затем по 15 ЕД/кг через каждые 12 ч под контролем системы гемостаза. При дефиците фактора X следует профилактически применять плазму в дозе 7—10 мл/кг 1 раз в сутки, PPSB — по 15—20 ЕД/кг 1 раз в 2—3 сут. Все гемопрепараты следует вводить только струйно; при капельном введении трудно добиться эффекта. Период введения зависит от интенсивности восполнения факторов перед операцией и в течение 7—10 дней после нее. Частота введения определяется периодом полувыведения факторов.

При нарушении продукции тромбоцитов в костном мозге, тромбоцитопении, не связанной с иммунным разрушением тромбоцитов, а также при тромбоцитопатиях с нарушением агрегационной функции (тромбастения Гланцманна, Вернара — Сулье, Мая — Хеглина) показано переливание от 4 до 8 доз тромбоцитной массы, которое дает временный гемостатический эффект во время операции.

Гемотрансфузия обычно не сопровождается реакциями и осложнениями. Однако у отдельных больных вскоре после трансфузии или спустя некоторое время развиваются пирогенные, аллергические или анафилактические реакции. При появлении таких симптомов необходимо немедленно прекратить трансфузию и приступить к лечению осложнения.

Лечение аллергических реакций и анафилактических осложнений должно быть комплексным, включающим при показаниях методы реанимации.

3.2.1. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

В настоящее время, когда распространена терапия медикаментозными препаратами, любой из них может вызвать анафилактический шок. Шок развивается в результате аллергической реакции.

Патогенез анафилактического шока сложен и недостаточно изучен. Установлено, что женщины чаще, чем мужчины, страдают различными формами лекарственной болезни. Нередко аллергические реакции возникают у гинекологических больных, страдающих эндокринными расстройствами и хроническими воспалительными процессами в половых органах.

Клинические проявления анафилактического шока разнообразны. Возникают зуд кожи и слизистых оболочек, гиперемия, которая затем сменяется бледностью кожных покровов. Отмечаются тошнота, рвота, головная боль, шум в ушах, чувство страха, беспокойство. Затем появляются более тяжелые симптомы: одышка, затрудненное дыхание, боли в области сердца, отек

гортани, крапивница, нарушение кровообращения, резкое снижение артериального давления, цианоз, потеря сознания.

Анафилактический шок сопровождается вазодилатацией и повышением проницаемости капилляров. Вследствие бронхоспазма и отека гортани возникает гипоксия. В основе всех этих явлений лежат спазм гладкой мускулатуры, отек слизистых оболочек и поражение сосудов.

Для борьбы с бронхоспазмом в случае его констатации необходимо ввести внутривенно 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина. Острый отек гортани с асфиксией служит показанием к срочной трахеотомии. При развитии тяжелой дыхательной недостаточности осуществляют искусственную вентиляцию легких. В случае судорожного синдрома вводят внутривенно 10—20 мг седуксена. С целью стимуляции диуреза показано внутривенное введение 20—40 мг лазикса.

Прогноз тем хуже, чем раньше развивается анафилактический шок. Чтобы спасти больную, требуется оказать неотложную помощь. Необходимо срочно ввести внутривенно антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен), адреналин, гидрокортизон, эуфиллин, реополиглюкин, гемодез, осуществить ингаляцию кислорода.

При наличии астматического приступа внутривенно вводят 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина с 10—20 мл 40 % раствора глюкозы.

Если шок возникает вследствие применения пенициллина, то при появлении первых симптомов реакции следует ввести 1 000 000 ЕД пенициллиназы, в более поздние сроки этот препарат неэффективен.

Препараты гормонов коры надпочечников используют с целью предупреждения более поздних проявлений анафилаксии (крапивница, отек Квинке и др.). Внутривенно можно вводить до 100 мг преднизолона или до 20 мг дексаметазона.

При механическом препятствии проходимости дыхательных путей следует освободить их. В случае необходимости выполняют трахеостомию. Показана ингаляция кислорода.

Аллергическая реакция вплоть до анафилактического шока может развиваться в ответ почти на любой препарат и даже на димедрол. Мы наблюдали тяжелую реакцию с отеком гортани, языка, конечностей, крапивницей, очень высокой температурой тела после двукратного приема ацетилсалициловой кислоты.

3.2.2. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ

В настоящее время оформилась принципиально новая область медицины — удаление из крови, лимфы или плазмы токсических веществ экстракорпоральным путем. К этим методам относятся гемодиализ, гемосорбция и плазмаферез.

Экстракорпоральная гемосорбция способствует детоксикации

организма и оказывает иммунокорректирующее действие. Улучшается общее состояние, снижаются выраженность тахикардии и температура тела, увеличивается диурез, активизируется перистальтика кишечника, улучшаются показатели крови: возрастает содержание гемоглобина и белка, снижается лейкоцитоз, повышается количество калия и кальция в крови.

В настоящее время в ведущих клиниках страны у больных с острой почечной недостаточностью для детоксикации при сепсисе и бактериальном шоке после ликвидации источника инфекции проводят гемосорбцию. В комплексе с другими методами лечения эффективность данного метода обусловлена сорбцией микробных тел и эндотоксинов. Гемосорбция предотвращает вторичную иммунологическую недостаточность при сепсисе и оказывает нормализующее влияние на показатели клеточного и гуморального иммунитета. Она играет ведущую роль при удалении токсинов у больных, находящихся в бактериальном шоке. Кроме того, большое значение имеет облучение УФ-лучами собственной крови пациентки в комбинации с гемосорбцией. Гемосорбции и плазмаферезу должно предшествовать удаление источника инфекции.

Проведение экстракорпоральной детоксикации требует специальной аппаратуры и участия хорошо подготовленного специалиста.

Глава 4

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

4.1. АНАТОМИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Брюшная стенка, а точнее переднебоковая брюшная стенка, представляет собой мягкие ткани, прикрывающие брюшную полость в границах живота. В качестве ее ориентиров используются подвздошные гребни, передневерхние 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 (1946) (рис. 4.1).

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 лонном кожа живота образует обычно две хорошо выраженные складки — надлобковую и подчревную. Первая является местом разреза кожи по Пфанненштилю.

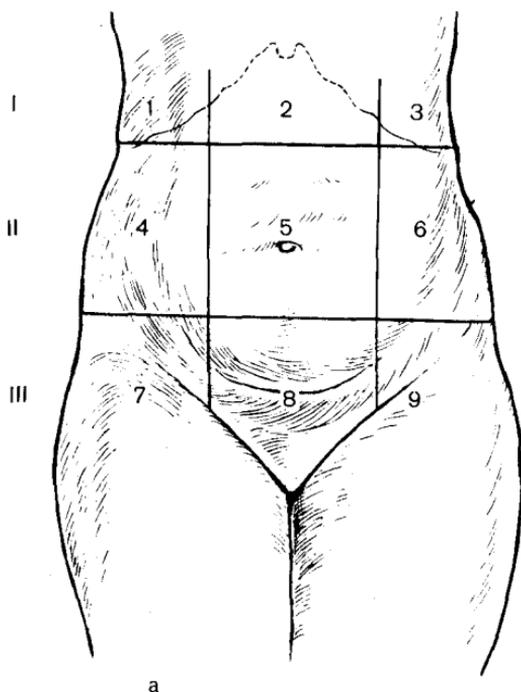


Рис. 4.1. Деление живота на области [Тонков В. Н., 1983].

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.

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 поверх-

ностная 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 и передние ветви межреберных нервов от VIII до XII, а также ветви подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов.

К мышцам передней брюшной стенки относятся наружная, внутренняя косая, поперечная и прямая мышцы живота, а также не всегда выраженная пирамидальная.

За счет апоневроза наружной косой мышцы внизу живота образуется паховая связка, натянутая между передневерхней подвздошной 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 полулунную 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. 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. Последние имеют существенное значение при выполнении поперечного разреза по Пфанненштилю и отсепаровке апоневротического лоскута. Следует помнить о необходимости тщательной перевязки этих ветвей во избежание кровотечений и образования подапоневротических послеоперационных гематом.

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

Поперечная фасция является частью общей круговой, или внутрибрюшной, 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 гноиники, 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 артерия.

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 запусевают 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 его закрывает, заканчиваясь выше его, что создает предпосылки для формирования пупочных грыж.

4.1.1. ОСОБЕННОСТИ ДОСТУПА К ОРГАНАМ МАЛОГО ТАЗА

Хирургическое вмешательство на женских половых органах осуществляют преимущественно двумя путями — трансабдоминальным (брюшностеночным) или трансвагинальным. К ним необходимо добавить еще экстраперитонеальный, на котором мы остановимся далее.

Производят три вида чревосечений: нижнее срединное, поперечное надлобковое (по Пфанненштилю) и поперечное интралиакальное (по Черни) (рис. 4.2).

4.1.2. НИЖНЕСРЕДИННОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ

Разрез проходит по средней линии от лона по направлению к пупку. В некоторых случаях для удобства манипулирования и ревизии брюшной полости разрез продлевают слева в обход пупка. Важно подчеркнуть, что сравнительно небольшое расстояние между лоном 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.

После разреза кожи и подкожной жировой клетчатки хирург накладывает зажимы на кровоточащие сосуды и перевязывает или, что более рационально, коагулирует их. Гемостаз должен быть тщательным, ибо он во многом определяет заживление

послеоперационной раны и течение послеоперационного периода в целом. После обнажения апоневроза его рассекают скальпелем в продольном направлении. Длина разреза не должна превышать 1 см. Края разреза мы рекомендуем захватить зажимами и слегка приподнять, что позволяет с меньшей травматичностью для подлежащих мышц полностью рассечь апоневроз на всю длину разреза раны. После того как апоневроз рассечен, ближе к пупку находят и острым путем вскрывают сухожильное влагалище одной из прямых мышц. Некоторые хирурги предлагают разводить прямые мышцы пальцами вдоль всего разреза. Мы считаем, что это более травмирующая ткани манипуляция, чем метод вскрытия одного из влагалищ прямой мышцы.

Затем вскрывают поперечную фасцию и отводят предбрюшинную клетчатку, обнажая париетальную брюшину, которую вскрывают между двумя зажимами. При этом важно не захватить пинцетом прилежащие петли кишечника и сальник. После рассечения брюшины на всю длину разреза края ее захватывают и скрепляют с пеленками, 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 (полотенца), смоченной изотоническим раствором хлорида натрия.

На рассеченную брюшную стенку послойно накладывают швы. Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, начиная от верхнего угла. В нижнем углу шов заканчивают петлей (по Ревердену). Этим же швом сопоставляют правую и левую прямые мышцы. Иглу следует вкалывать по направлению изнутри наружу.

Зашиванию апоневроза при продольных разрезах следует придавать особое значение, так как от тщательности его зави-

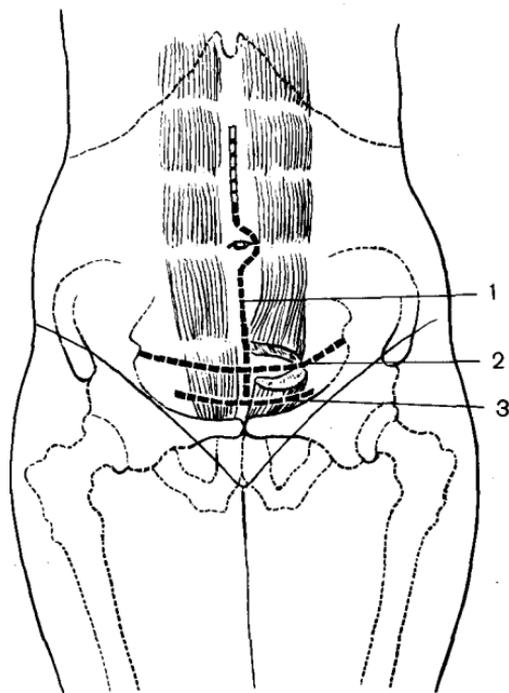


Рис. 4.2. Основные разрезы для доступа к органам малого таза, используемые в оперативной гинекологии.

1 — нижнесрединный (при необходимости с продолжением выше — с обходом пупка слева и далее); 2 — поперечный интралиакальный; 3 — поперечный надлобковый.

сит заживление, а также возможность образования послеоперационной грыжи. Апоневроз надо восстанавливать отдельными швами, используя синтетические нити (капрон, лавсан) или шелк (последний менее предпочтителен). Подкожную жировую клетчатку сближают отдельными кетгутowymi швами. На кожу накладывают отдельные шелковые швы.

4.1.3. ПОПЕРЕЧНОЕ НАДЛОБКОВОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ ПО ПФАННЕНШТИЛЮ

Производится рассечение брюшной стенки по надлобковой кожной складке. После обнажения апоневроз рассекают посредине в поперечном направлении скальпелем таким образом, чтобы вправо и влево от средней линии разрез не превышал 2 см. Далее тупым путем отсепааровывают сначала вправо, а затем влево апоневроз от подлежащих прямых мышц. Необходимо проявлять осторожность, чтобы не травмировать многочисленные мелкие мышечные артерии, пронизывающие апоневроз. Из них может возникнуть значительное кровотечение. Продлевать разрез апоневроза вправо и влево следует полулунным разрезом, направление которого должно быть крутым, что позволяет в дальнейшем создать максимальный хирургический доступ к органам малого таза. По средней линии апоневроз следует отсекал только острым путем. Отсеченный таким образом апоневроз должен иметь форму клина с основанием, расположенным в 2—3 см от пупочного кольца.

Прямые мышцы разъединяют острым путем, затем вскрывают поперечную фасцию и обнажают париетальную брюшину. Вскрытие брюшной полости и отграничение производят так же, как и при нижнем срединном чревосечении.

При выполнении разреза по Пфанненштилю необходимо помнить об анатомии и расположении поверхностной надчревной артерии и поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, которые находятся в зоне вмешательства и требуют особенно тщательного гемостаза, лучше с прошиванием и лигированием.

Восстановление передней брюшной стенки производят следующим образом. Брюшину зашивают так же, как при нижнем срединном чревосечении, на прямые мышцы накладывают непрерывный обвивной шов, причем во избежание ранения нижней надчревной артерии не следует проводить иглу глубоко под мышцы. Зашивая разрез апоневроза, обязательно захватывают все три листка фасций прямой и косых мышц, располагающихся в латеральных отделах раны. Подкожную жировую клетчатку соединяют отдельными кетгутowymi швами. Кожу восстанавливают наложением внутрикожного непрерывного кетгутowego шва или отдельных шелковых швов.

4.1.4. ПОПЕРЕЧНОЕ ИНТЕРИЛИКАЛЬНОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ ПО ЧЕРНИ

Преимущество этого разреза перед разрезом по Пфанненштилю сводится к тому, что он позволяет осуществить широкий доступ к органам малого таза даже при чрезмерном развитии подкожной жировой клетчатки.

Рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки производят поперечно на 4—6 см выше лона. В таком же направлении пересекают апоневроз, причем края его закругляют кнаружи. С обеих сторон пересекают и лигируют надчревные нижние артерии, затем пересекают обе прямые мышцы. После вскрытия поперечной фасции брюшину вскрывают в поперечном направлении.

Разрез зашивают следующим образом. Брюшину восстанавливают непрерывным кетгутовым швом справа налево. На прямые мышцы накладывают отдельные кетгутовые П-образные швы. Первый вкол иглы делают на дистальном участке, затем прошивают П-образно проксимальный и выкалывают иглу снова в дистальном отделе мышцы. Следует наложить 3—5 таких швов на правую и левую прямые мышцы. Зашивание апоневроза, подкожной жировой клетчатки и кожи производят так же, как и при разрезе по Пфанненштилю.

Правильно выполненный разрез по Пфанненштилю позволяет обеспечить достаточный доступ к органам малого таза практически для выполнения любого по объему вмешательства и имеет несомненные преимущества перед остальными: он позволяет активно вести больную в послеоперационном периоде, послеоперационные грыжи и эвентрация кишечника не наблюдаются. В настоящее время этот вид чревосечения в оперативной гинекологии является преимущественным и выполняется практически во всех лечебных учреждениях. Чревосечение этим способом не рекомендуется производить в случаях рака половых органов и гнойных воспалительных процессов с выраженными рубцово-спаечными изменениями. При повторных чревосечениях разрез обычно делают по старому рубцу.

4.1.5. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯХ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

При всех видах чревосечений имеется опасность ранения верхушки мочевого пузыря, особенно при высокостоящем мочевом пузыре. Профилактикой этого осложнения могут служить обязательное выведение мочи перед операцией и тщательный визуальный контроль при рассечении париетальной брюшины.

Опасным осложнением, которое может наступить при поперечном надлобковом разрезе, является ранение крупных кровеносных сосудов, локализованных в основании бедренного треугольника. Через расположенную здесь сосудистую лауну проходят бедренные артерия и вена с пояснично-паховым нервом.

Сосуды занимают наружные две трети лакуны, внутренняя треть носит название бедренного кольца, выполнена жировой тканью и лимфатическими сосудами.

Профилактикой этих осложнений, безусловно, является правильно выполненный разрез (всегда выше паховой связки).

Одним из осложнений поперечных разрезов является образование гематом. Очень опасно недостаточное лигирование нижней надчревной артерии или ранение ее ветвей, особенно при разрезе по Черни. В таких случаях вытекающая кровь легко распространяется по предбрюшинной клетчатке, практически не встречая сопротивления. В связи с этим объем гематом может быть весьма значительным. Только правильная техника операции и максимально тщательный гемостаз сосудов с прошиванием и лигированием их позволяют избежать этого осложнения.

4.2. АНАТОМИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Анатомически полость малого таза разделяется на три этажа: брюшинный, подбрюшинный и подкожный. Первый этаж условно ограничен сверху пограничной линией и снизу тазовой брюшиной. Здесь располагаются верхняя часть мочевого пузыря, большая часть матки, придатки, широкие маточные связки и верхний участок влагалища (не более 1—2 см).

Второй этаж ограничен сверху тазовой брюшиной, а снизу листком тазовой фасции, покрывающим сверху мышцу, поднимающую задний проход. Здесь располагаются внебрюшинные отделы мочевого пузыря и прямой кишки, шейка матки, большая часть влагалища.

Третий этаж ограничен сверху тазовой диафрагмой, а снизу кожными покровами. Здесь находятся конечные отделы мочеполовой системы и кишечной трубки. Сюда же относится седалищно-прямокишечная ямка, расположенная сбоку от промежностного отдела прямой кишки.

Брюшинный этаж таза является нижним отделом брюшной полости. Переходя с передней брюшной стенки на мочевой пузырь, брюшина образует здесь поперечную пузырную складку, далее брюшина переходит на переднюю поверхность матки, создавая пузырно-маточное углубление. В месте перехода брюшины с матки на прямую кишку брюшина формирует прямокишечно-маточное углубление и две боковые складки, идущие в переднезаднем направлении к крестцу. Они носят название прямокишечно-маточных складок и содержат пучки мышечно-фиброзных волокон, являющихся крестцово-маточными связками.

Описанные выше углубления имеют большое значение в диагностике ряда патологических процессов половых органов. Прямокишечно-маточное углубление, являясь наиболее низко расположенным в брюшной полости, служит местом формирования различного рода абсцессов. В нормальных условиях, как прави-

ло, в переднем или пузырьно-маточном углублении при ненаполненном мочевом пузыре располагается свободный край большого сальника, а в заднем, или прямокишечно-маточном, углублении — петли тонкой и часть сигмовидной кишки.

Прямая кишка представляет собой дистальный отдел толстой кишки, расположенный в полости малого таза и заканчивающийся в области промежности. Область перехода сигмовидной кишки в прямую расположена несколько ниже мыса крестца и носит название ректосигмоидного отдела. На этом уровне исчезает брыжейка сигмовидной кишки, а продольный мышечный слой равномерно распределяется по всей окружности прямой кишки, т. е. отсутствуют тени, типичные для вышележащих отделов толстой кишки. Изменяется направленность сосудов: они располагаются не поперечно, как в ободочной кишке, а продольно. Кишка значительно расширяется, длина ее составляет 15—20 см.

Различают два основных отдела прямой кишки: тазовый и промежностный. Граница между ними проходит в месте прикрепления мышцы, поднимающей задний проход. Тазовый отдел делится на надампулярную (вместе с конечным отделом сигмовидной кишки она образует тазовую кишку — 4—5 см) и ампулярную (10—15 см) части. Ампулярная часть тазового отдела прямой кишки — самый широкий и большой по протяженности участок. Промежностный отдел прямой кишки называется также заднепроходным каналом (5—6 см).

Верхнеампулярная часть прямой кишки покрыта брюшиной с трех сторон. По направлению книзу она постепенно теряет брюшинный покров, а на уровне IV крестцового позвонка брюшиной покрыта только передняя поверхность кишки. Таким образом, нижняя часть ампулы прямой кишки расположена под брюшиной.

Заднепроходной канал представляет собой переходную зону между наружным отверстием заднего прохода и прямой кишкой. Циркулярные волокна здесь выражены особенно сильно, образуя внутренний сфинктер заднего прохода, длина которого 3—4 см, а толщина 1 см. Волокна внутреннего сфинктера (гладкая мускулатура) окружены кольцом наружного сфинктера (поперечнополосатая мышца). Третий мышечный жом — скопление гладких мышечных волокон (мышца Гепнера), расположенное на 8—10 см выше перианальной кожи. Непосредственно запирательную функцию выполняют два первых сфинктера. При этом активное сокращение осуществляется наружным сфинктером, а пассивное (тоническое смыкание стенок заднепроходного канала) — внутренним.

Прямую кишку кровоснабжают одна непарная артерия — верхняя прямокишечная, являющаяся конечной ветвью нижней брыжеечной артерии, и две парные — средняя прямокишечная (ветвь внутренней подвздошной артерии) и нижняя прямокишечная (ветвь внутренней половой артерии). Артериальные ство-

лы имеют продольное направление по отношению к стенке кишки.

Венозный отток от прямой кишки идет в две венозные системы — нижней полой и воротной вен. При этом образуются три венозных сплетения — подкожное, подслизистое и подфасциальное. Подкожное сплетение расположено в области наружного сфинктера прямой кишки. Подслизистое венозное сплетение состоит из клубков вен, залегающих между пучками циркулярных мышц, и наиболее выражено в самом нижнем отделе прямой кишки. Подфасциальное венозное сплетение находится между продольным мышечным слоем и собственной фасцией кишки. От верхних двух третей прямой кишки венозная кровь оттекает по верхним прямокишечным венам в нижнюю брыжеечную из системы воротной вены, а от нижней трети — в систему нижней полой вены.

Иннервация прямой кишки осуществляется симпатическими и парасимпатическими (двигательными и чувствительными) волокнами. Симпатические волокна берут начало из нижнего брыжеечного, аортального сплетений и достигают прямой кишки либо по ходу ветвей верхней прямокишечной артерии, либо в составе подчревных нервов. Промежностный отдел прямой кишки иннервируется половым нервом, который содержит двигательные и чувствительные волокна.

Отток лимфы из прямой кишки происходит по четырем основным направлениям: 1) из нижних отделов прямой кишки в паховые лимфатические узлы; 2) из верхних отделов в крестцовые лимфатические узлы; 3) из передних отделов в верхние прямокишечные лимфатические узлы; 4) из средних отделов в нижние подвздошные коллекторы.

М а т к а представляет собой полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. Размеры матки значительно изменяются в различные возрастные периоды. Длина матки у нерожавших женщин 7—8 см, у рожавших — 8—9 см, ширина на уровне дна 4—5 см, переднезадний размер 2,5 см, толщина мышечной стенки около 1,2 см. Масса матки колеблется от 30 до 100 г. Матка состоит из тела и шейки, между которыми выделяется перешеек. В норме тело матки и шейка находятся под углом, открытым кпереди. В теле матки различают дно, переднюю и заднюю стенки, правое и левое ребра. Шейка матки длиной обычно не более 3 см, имеет коническую форму у нерожавших и цилиндрическую у рожавших женщин. Шейка делится на две части: надвлагалищную и влагалищную.

Полость матки имеет форму треугольной щели, длина которой около 7—8 см. Стенка матки представлена тремя слоями: внутренним — слизистой оболочкой (эндометрий); средним — мышечным (миометрий), который представляет собой густое сплетение обильно кровоснабженных пучков гладкой мускулатуры, и наружным — серозным (периметрий). В миометрии различают наружный слой, направление которого преимущественно продольное, средний, где направление циркулярное и косое, и внут-

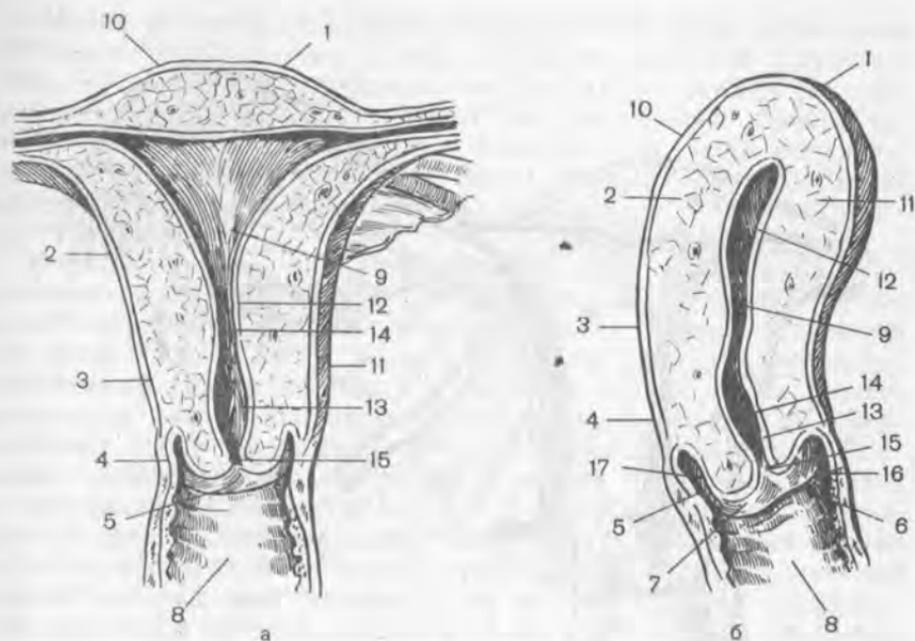


Рис. 4.3. Матка.

а — вид спереди; б — вид сбоку.

1 — дно матки; 2 — тело матки; 3 — перешеек; 4 — надвлагалищная часть шейки матки; 5 — влагалищная часть шейки матки; 6 — передняя губа; 7 — задняя губа; 8 — влагалище; 9 — полость матки; 10 — периметрий; 11 — миометрий; 12 — эндометрий; 13 — канал шейки матки; 14 — внутренний зев; 15 — наружный зев; 16 — передний свод влагалища; 17 — задний свод влагалища.

ренный — с продольным расположением волокон. Считают, что в теле матки более развит циркулярный, а в шейке — продольный слой (рис. 4. 3.).

От дна матки в области ее верхнего угла справа и слева отходят маточные трубы (рис. 4. 4), направление которых сначала горизонтальное. По мере приближения к нижним полюсам яичника они несколько смещаются кпереди так, что, огибая верхний его край, полностью закрывают яичники собой и своей брыжейкой. Длина трубы в среднем 10—12 см. Различают четыре основных ее отдела. Маточная, или интерстициальная, часть трубы является внутрстеночной, самой узкой; длина ее обычно не превышает 2 см. Перешеечная часть — короткий отрезок, образующийся после выхода трубы из стенки матки. Стенка трубы в этом месте толще, чем на всем остальном ее протяжении. Ампулярный отдел — наибольшая часть (длиной около 8 см) — представляет собой постепенно расширяющийся отрезок трубы, достигающий в поперечнике 1 см. Фимбриальная часть — самый широкий конечный отдел трубы с множеством выростов (фимбрий), окаймляющих брюшное отверстие трубы. Стенка маточной трубы делится на четыре слоя: серозную оболочку, непостоянную подсерозную — рыхлую соединительнотканную, мышечную, со-

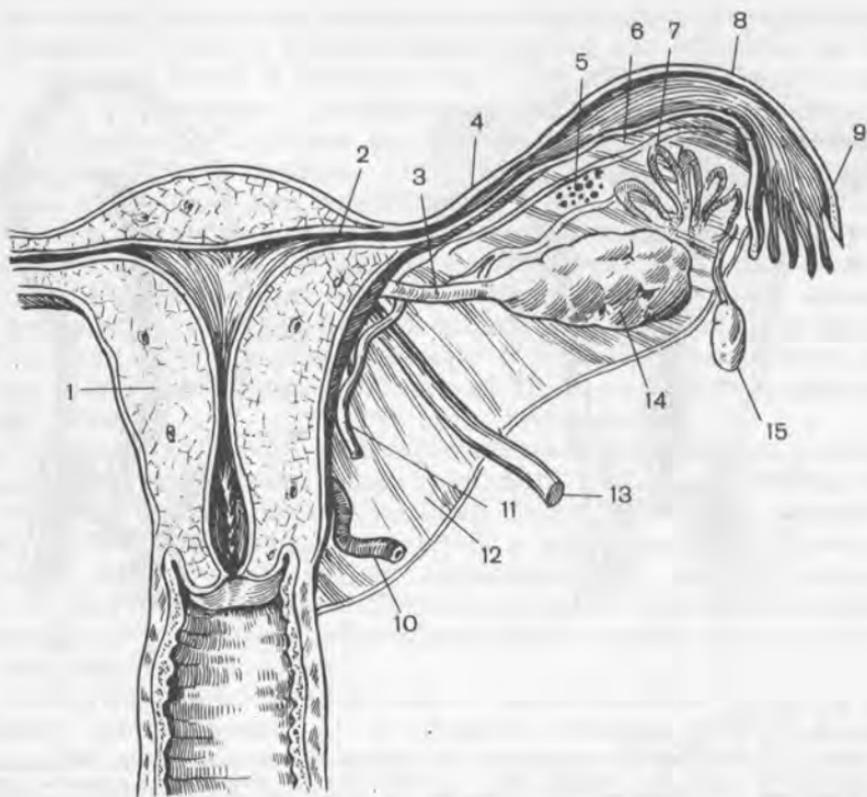


Рис. 4.4. Маточная труба, яичник, придатки яичника.

1 — матка; 2 — интерстициальная часть маточной трубы; 3 — собственная связка яичника; 4 — истмическая часть маточной трубы; 5 — пароофорон; 6 — брыжейка маточной трубы; 7 — эпоофорон; 8 — ампулярная часть маточной трубы; 9 — воронка маточной трубы; 10 — маточная артерия; 11 — вольфов ход; 12 — широкая связка; 13 — круглая связка матки; 14 — яичник; 15 — пузырьчатый придаток.

стоящую из наружного, внутреннего продольного пучков и среднего циркулярного, и слизистую, которая образует в просвете трубы продольно расположенные складки.

Яичник, как и маточная труба, — парный орган. Располагается в углублении париетальной брюшины, называемом яичниковой ямкой. Форма яичника овоидная, он как бы сплюснут спереди назад. Та сторона яичника, которая обращена в полость таза, называется внутренней поверхностью, противоположная — наружной. Размеры его в норме около $3 \times 2 \times 1,5$ см. Посредством собственных связок, представляющих собой плотные фиброзно-гладкомышечные тяжи, проходящие между листками широкой маточной связки, яичники прикрепляются к углу матки. С помощью подвешивающих связок они фиксируются к боковым стенкам таза. Эти связки представляют собой складки брюшины, натянутые между боковыми стенками таза, поясничной фасцией и верхним (трубным) концом яичника.

Яичник покрыт зародышевым эпителием, и лишь небольшая его часть располагается между листками широкой маточной связки. Дубликатура брюшины, отходящая от заднего листка широкой связки, образует короткую яичниковую брыжейку. Этот участок яичника называется его воротами; через него проходят основные сосуды и нервы. Выше яичника между листками широких связок располагается сеть канальцев — надъяичниковый придаток.

Физиологическое положение матки, труб и яичников обеспечивается подвешивающим, закрепляющим и поддерживающим аппаратами, объединяющими брюшину, связки и тазовую клетчатку (рис. 4.5). К подвешивающему аппарату относятся собственные связки яичников и широкие связки матки, подвешивающие связки яичников. Широкие маточные связки представляют собой фронтально расположенную дубликатуру брюшины, соединяющуюся с передней и задней поверхностью матки и направляющуюся к боковым стенкам таза, где она переходит в париетальную брюшину. Часть широкой маточной связки является брыжейкой маточной трубы. Между листками широкой связки заложен слой рыхлой клетчатки, разделенный фасциальной пластиной на два отдела: верхний, практически лишенный сосудистых пучков, и нижний с развитой артериальной и венозной сетью, а также с проходящим здесь мочеточником. Эта часть широкой связки, а точнее скопление переплетенных между собой фасциальных гладкомышечных волокон, клетчатки с сосудами и нервами носит название главной, или кардинальной.

Под передним листком широкой связки от передней поверхности матки по направлению к внутреннему отверстию пахового канала проходит круглая маточная связка, представляющая собой парный тяж. Она состоит из соединительнотканых и гладкомышечных волокон, которые по существу являются продолжением мышечного слоя матки. Длина ее в среднем 10—15 см, толщина 3—5 см. Круглые связки проходят через внутренние отверстия паховых каналов, постепенно истончаются и, выходя из пахового канала, полностью разветвляются в подкожной жировой клетчатке. В круглых связках проходит артерия круглой связки матки, отходящая от нижней надчревной артерии. Собственная связка яичника представляет собой короткий парный, но достаточно плотный фиброзно-гладкомышечный тяж, соединяющий нижний (маточный) конец яичника с маткой.

Подвешивающаяся связка яичника — также парное образование, начинающееся от латеральной части широкой маточной связки в области трубного конца яичника и трубы и переходящее в брюшину боковой стенки таза в области крестцово-позвоночного сочленения, в ней проходят яичниковые артерия и вена.

К закрепляющему аппарату относятся кардинальные, крестцово-маточные, пузырно-маточные и пузырно-лобковые связки. Они представляют собой «зоны уплотнения», являющиеся скоплением переплетенных между собой плотных фасциальных и

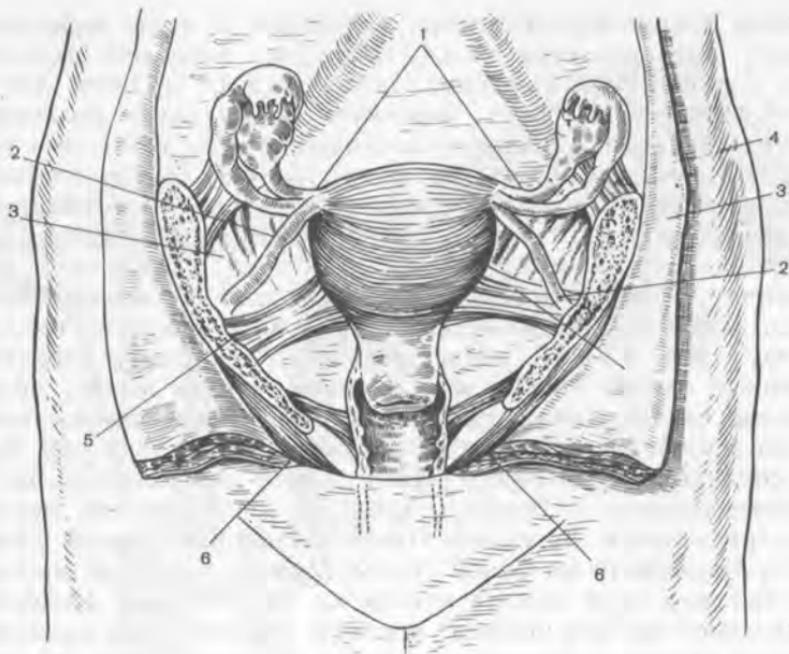


Рис. 4.5. Анатомические образования, удерживающие матку в нормальном положении.

1 — собственные связки яичников; 2 — круглые связки; 3 — широкая связка; 4 — подвешивающая связка яичника (воронкотазовая связка); 5 — кардинальные связки; 6 — мышцы тазового дна.

гладкомышечных волокон. Эти скопления составляют основу связок и тесно соприкасаются с париетальной и висцеральной фасциями таза. Особое значение имеют кардинальные и крестцово-маточные связки. Кардинальные связки составляют среднюю часть «зоны уплотнения», являющейся наиболее мощной в системе закрепляющего аппарата. Они состоят из мощных соединительнотканых, эластических и гладкомышечных волокон с большим количеством артериальных и особенно венозных сосудов, проходящих в их основании.

Крестцово-маточные связки образованы преимущественно гладкомышечными и фиброзными волокнами и составляют заднюю часть «зоны уплотнения». От задней поверхности шейки матки, дугообразно охватывая с боков прямую кишку, они направляются к париетальному листку тазовой фасции на передней поверхности крестца. Верхняя часть связок приподнимает покрывающую их брюшину, образуя прямокишечно-маточные складки.

В подбрюшинном этаже таза имеется ряд висцеральных клетчаточных пространств, которые играют существенную роль при хирургических смешательствах на половых органах. Различают пять основных скоплений рыхлой соединительной клетчатки:

1. Предпузырное клетчаточное пространство ограничено спереди поперечной фасцией живота и задней поверхностью лобковых костей, сзади — предпузырной фасцией мочевого пузыря. Дном служит мочеполая диафрагма таза. Имеет вид треугольника.

2. Позадипузырное клетчаточное пространство находится между задней стенкой мочевого пузыря и брюшинно-промежностным апоневрозом. Дном его является мочеполая отдел диафрагмы таза.

3. Околосагитальное клетчаточное пространство располагается вокруг шейки матки и переходит в щель между листками широкой связки матки. Снизу ограничено верхней фасцией диафрагмы таза. В нем различают переднее, позадишеечное и два боковых параметрия. Боковой параметрий переходит непосредственно в пристеночную клетчатку таза.

4. Боковые клетчаточные пространства ограничены спереди пузырной фасцией, сбоку — париетальными листками тазовой фасции, сзади — отростками фасции, ограничивающими параметрий. Дном служит листок фасции, покрывающей диафрагму таза.

5. Околопрямокишечное клетчаточное пространство: передняя граница — околосагитальная соединительная ткань, задняя — крестец, дно — фасция над мышцей, поднимающей задний проход. Пространства, расположенные справа и слева, сообщаются между собой посредством рыхлой соединительной ткани, расположенной позади прямой кишки (позадипрямокишечное клетчаточное пространство).

4.2.1. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ

Внутренние половые органы кровоснабжаются за счет сосудов, отходящих от внутренней подвздошной артерии и яичниковой артерии.

Яичниковая артерия (рис. 4.6) ответвляется непосредственно от аорты, чуть ниже места отхождения почечной артерии, направляется вниз и кнаружи, перекрещивая брюшной отдел мочеточника. Затем она вступает в подвешивающую связку яичника, располагаясь кнаружи от мочеточника, и подходит к воротам яичника, давая две ветви — яичниковую и трубную.

Маточная артерия (рис. 4.7) чаще всего отходит от внутренней подвздошной. Располагаясь латерально от мочеточника, она достигает основания параметрия и здесь перекрещивается с ним, а далее идет в медиальном направлении к боковой поверхности матки на уровне внутреннего зева. В месте пересечения с мочеточником маточная артерия почти всегда отдает мочеточнику артериальную веточку. Далее от этой артерии отходят несколько мелких ветвей к мочевому пузырю, где они анастомозируют с пузырными артериями.

Маточная артерия проходит вдоль бокового края матки,

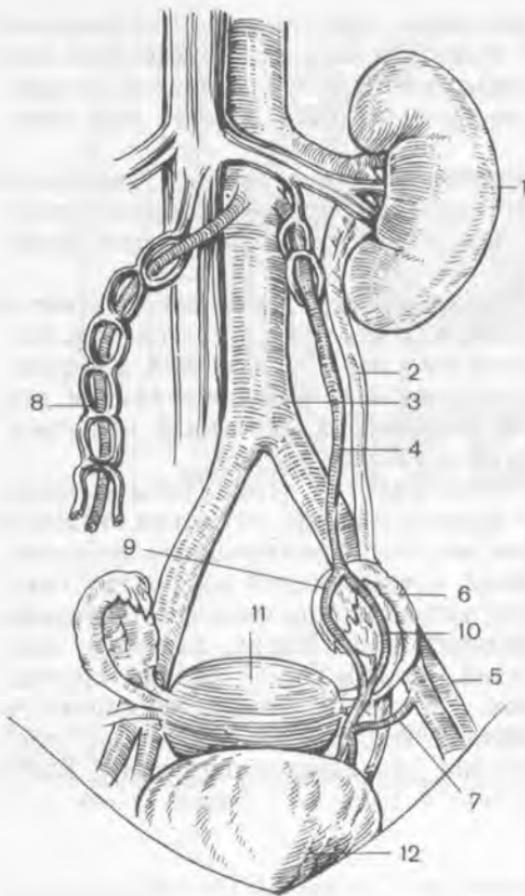


Рис. 4.6. Кровоснабжение яичника.

1 — почка; 2 — мочеточник; 3 — брюшная аорта; 4 — яичниковая артерия; 5 — наружная подвздошная артерия; 6 — яичник; 7 — маточная артерия; 8 — дозообразное сплетение; 9 — трубная ветвь яичниковой артерии; 10 — яичниковая ветвь яичниковой артерии; 11 — матка; 12 — мочевого пузырь.

правление: в области перешейка — горизонтальное и дугообразное, в теле — преимущественно косое (снаружи внутрь и снизу вверх).

От внутренней половой артерии отходят промежностная артерия и задняя артерия половых губ. Продолжением внутренней половой артерии является артерия клитора, которая делится на глубокую, снабжающую ножки клитора, и тыльную артерии клитора.

Маточные вены образуют узкопетлистое тонкостенное сплетение, расположенное по ходу маточных артерий. Различают три основных пути венозного оттока от матки. Верхний — в яичниковую вену, которая направляется в забрюшинное простран-

отдавая более мелкие горизонтальные ветви к матке. Толщина маточной артерии и степень ее извилистости находятся в прямой зависимости от физиологического состояния матки и возраста женщины. На уровне трубного угла артерия отдает ветвь, снабжающую дно, трубную и яичниковую ветви, которые анастомозируют с ветвями яичниковой артерии.

Анастомозы располагаются, как правило, на границе верхней и средней трети тела матки. Слияние сосудов осуществляется без видимого изменения их просвета, что и не позволяет точно определить место анастомоза.

От маточной артерии отходит влагиалищная артерия. Направляясь вниз, она разветвляется в передней и задней поверхностях шейки матки и в верхнем отделе влагиалища.

Разветвление артериальных сосудов в матке имеет определенное на-

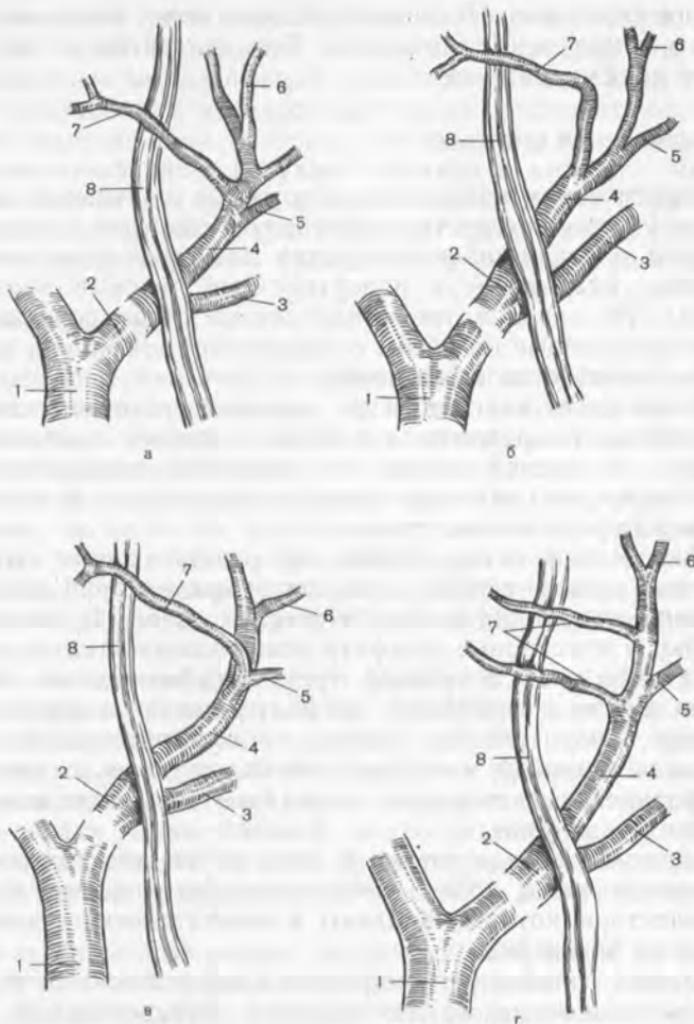


Рис. 4.7. Варианты отхождения маточной артерии.

а — маточная артерия отходит от пупочной артерии; б — маточная артерия отходит от внутренней подвздошной артерии; в — маточная артерия отходит от запирающей артерии; г — двойная маточная артерия; 1 — аорта; 2 — общая подвздошная артерия; 3 — наружная подвздошная артерия; 4 — внутренняя подвздошная артерия; 5 — запирающая артерия; 6 — пузырные артерии; 7 — маточная артерия; 8 — мочеточник.

во и впадает слева в почечную вену, а справа — в нижнюю полую вену.

Вены среднего отдела образуют маточную вену, впадающую во внутреннюю подвздошную. Мелкие вены данного отдела широко анастомозируют с венами нижнего отдела (влагалищно-маточное сплетение), собирающими венозную кровь от шейки матки и влагалища. Это сплетение, сливаясь с венами боковых и нижних отделов мочевого пузыря, образует мощное пузырно-

влагалищное сплетение. Последнее располагается книзу от мочеточников, в основании параметрия. Его коллектором является внутренняя подвздошная вена.

4.2.2. ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Из лимфатических капилляров наружных половых органов, области наружного отверстия мочеиспускательного канала и нижней трети влагалища формируются лимфатические протоки и коллекторы, впадающие в поверхностные паховые лимфатические узлы. Из средней трети влагалища отток совершается в узлы, расположенные по обеим сторонам прямой кишки между ее стенкой и подвздошной артерией.

Из верхней трети влагалища от передней его стенки лимфатические протоки направляются в область задней стенки мочевого пузыря, от задней стенки — в несколько лимфатических стволов, идущих по нижнему отделу параметрия к боковым крестцовым лимфатическим узлам.

От шейки матки отток лимфы происходит двумя путями: 1) из боковой стенки шейки вдоль маточных артерий кнаружи до внутренних подвздошных лимфатических узлов; 2) из задней стенки шейки в крестцовые лимфатические узлы.

В области нижней и средней трети лимфатические сосуды матки идут вместе с шеечными по направлению к внутренним подвздошным лимфатическим узлам, в области верхней трети и дна — вдоль широкой маточной связки, сливаясь с яичниковыми лимфатическими сосудами, и впадают в нижние поясничные лимфатические узлы.

Лимфатические сосуды шейки и тела матки анастомозируют не только между собой, но и с лимфатическими сосудами прямой кишки, коллекторы которых впадают в лимфатические узлы, расположенные в ее брыжейке.

Для половых органов регионарными лимфатическими узлами являются окологречные, параметральные, запирающие, внутренние и наружные подвздошные, которые могут делиться на первичные, вторичные и промежуточные.

Регионарными лимфатическими узлами для наружных половых органов, промежности являются поверхностные паховые лимфатические узлы, расположенные поверх широкой фасции бедра, и глубокие паховые лимфатические узлы, локализуясь под ней.

Глубокие паховые лимфатические узлы располагаются в бедренном канале и являются коллектором нижнебоковых поверхностных участков тела матки, от которых лимфатические протоки идут вдоль круглой маточной связки.

По ходу наружных подвздошных сосудов располагаются наружные подвздошные узлы, в которые поступает лимфа из паховых узлов. У бифуркации общей подвздошной артерии находятся внутренние подвздошные лимфатические узлы, кото-

рые являются регионарными для мочевого пузыря, средней и верхней трети влагалища, шейки и параметрия матки. Общие подвздошные лимфатические узлы, собирающие лимфу от наружных и внутренних подвздошных узлов, располагаются сбоку от общей подвздошной артерии. Около аорты находятся парааортальные лимфатические узлы (верхние и нижние), являющиеся регионарными для тела матки, яичников и труб. При этом верхние парааортальные узлы собирают лимфу от дна матки, труб и яичников, а нижние — только от матки, включая ее дно и тело.

4.2.3. ИННЕРВАЦИЯ

Симпатическая иннервация половых органов осуществляется нижнепередними отделами нижнего подчревного сплетения, образующего большое маточное сплетение. Достигнув задней поверхности прямой кишки, это сплетение делится на два параллельно идущих подчревных сплетения. Сюда же присоединяются нервные волокна из крестцового сплетения, собирающиеся в тазовый нерв и далее направляющиеся к матке и мочевому пузырю. При непосредственном вхождении нервных стволов в половые органы они образуют сплетения, заложенные в соединительнотканых капсулах.

На матке сплетения густо расположены в области шейки и в параметрии у ребер матки. Скопления ганглиозных клеток, соединительнотканых, и нервных волокон вокруг шейки матки выделяются в отдельный шейечный узел. Кроме того, значительное число мелких сплетений концентрируется на передней поверхности шейки матки, боковой стенке влагалища и в области треугольника мочевого пузыря. Вокруг прямой кишки мелкие нервные сплетения не образуют скоплений и распределяются равномерно.

Чувствительные нервы, идущие к наружным половым органам, берут начало из крестцового сплетения, образуя половой нерв. Он выходит из полости таза через большое седалищное отверстие и через малое седалищное отверстие проникает в седалищно-прямокишечную ямку. Далее он направляется кпереди и, проходя около седалищного бугра, снабжает двигательными волокнами поверхностные мышцы промежности и урогенитальную диафрагму. Чувствительные волокна полового нерва заканчиваются в коже промежности и наружных половых органов.

4.3. АНАТОМИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ПРОМЕЖНОСТИ, ВЛАГАЛИЩА

К наружным половым органам относятся большие и малые срамные губы, преддверие влагалища, большие железы преддверия, клитор и луковица преддверия влагалища (рис. 4.8).

Большие половые губы представляют собой наружную гра-

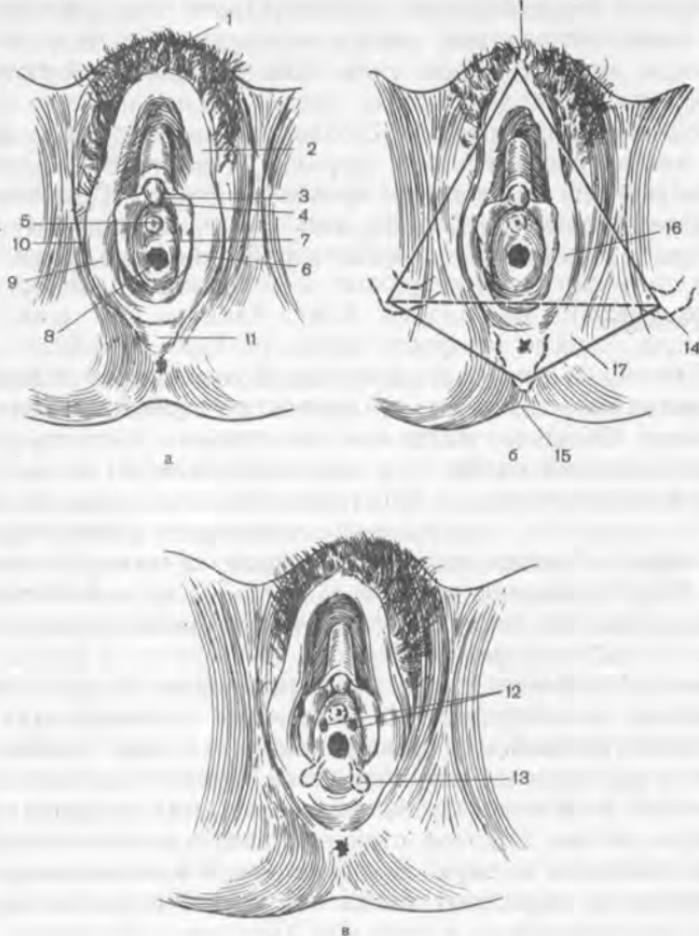


Рис. 4.8. Наружные половые органы и промежность.

а — наружные половые органы; б — преддверие влагалища; в — промежность; 1 — лобок; 2 — крайняя плоть клитора; 3 — головка клитора; 4 — уздечка клитора; 5 — уретра; 6 — преддверие влагалища; 7 — девственная плева; 8 — вход во влагалище; 9 — малые половые губы; 10 — большие половые губы; 11 — промежность; 12 — парауретральные ходы; 13 — большая железа преддверья влагалища; 14 — седлающий бугор; 15 — копчик; 16 — мочеполовой треугольник промежности; 17 — прямокишечный треугольник промежности.

нищу вульвы, ограничивая половую щель. Они соединяются друг с другом под лонным сочленением и сзади над промежностью при помощи передней и задней спаек.

Впереди задней спайки лежит уздечка с ладьеобразной ямкой, которая отделяется от входа во влагалище девственной плевой. Кнутри от больших половых губ расположены малые, окружающие со всех сторон преддверие влагалища. Они представляют собой две тонкие кожные складки, разделенные межгубной бороздой.

В преддверие влагалища открывается отверстие влагалища. Вентрально малые половые губы расщепляются на две ножки, которые охватывают в виде крайней плоти головку клитора.

Справа и слева от ладьевидной ямки девственной плевы открываются выводные протоки большой железы преддверия влагалища. По размерам железа не превышает горошину. Форма ее округлая, длина выводного протока не превышает 2—2,5 см.

Пещеристые тела у женщины представлены клитором и луковицами преддверия влагалища. Клитор состоит из ножек, тела и головки. Сзади ножки прикреплены непосредственно к надкостнице нисходящих ветвей лобковых костей. По направлению кверху и кпереди они постепенно отходят от подлежащих тканей, становятся свободными и, сливаясь друг с другом, образуют тело клитора, на котором располагается его головка. Пещеристые тела окружены плотной фиброзной оболочкой, продолжающейся кверху от тела клитора и переходящей в поддерживающую связку.

Кровоснабжение клитора осуществляется глубокой артерией клитора (из внутренней половой артерии), которая подходит к каждой его ножке. Далее она переходит в дорсальную артерию клитора, разветвляющуюся в теле и головке клитора. Каждая ножка клитора сверху и спереди покрыта седалищно-пещеристой мышцей. Венозный отток осуществляется за счет дорсальной вены клитора, впадающей в мочепузырное венозное сплетение.

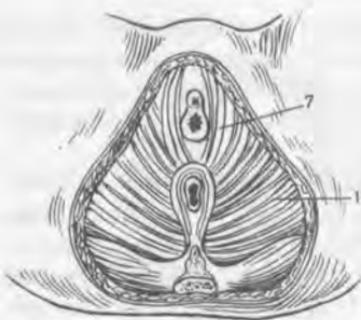
Луковицы преддверия — гомолог пещеристого тела мужского мочеиспускательного канала — лежат по обеим сторонам входа во влагалище в основании больших и малых половых губ. Утолщенные концы луговиц тесно прижаты к большим железам преддверия, а заостренные доходят до наружного отверстия мочеиспускательного канала, соединяясь друг с другом при помощи промежуточной части, окутывающей его. Кровоснабжение луговиц осуществляется за счет артерии луговицы преддверия влагалища (из внутренней половой артерии), а венозный отток — через внутреннюю половую вену. Верхняя поверхность луговиц покрыта луковично-губчатой мышцей.

Влагалище представляет собой утолщенную спереди и сзади трубку, имеющую на поперечном разрезе вид буквы Н, причем передняя и задняя стенки соприкасаются друг с другом. Длина влагалища в среднем 7—8 см, а ширина 2—3 см. Передняя стенка влагалищной трубки короче задней. Проксимальный конец влагалища в виде свода окружает вдающуюся в его просвет шейку матки (ее влагалищная часть) так, что образуются передний и задний, а также два боковых влагалищных свода.

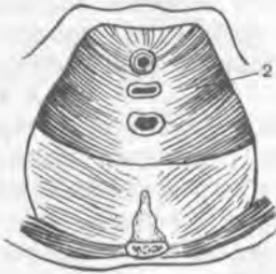
Вход во влагалище отграничен от наружных половых органов девственной плевой. Слизистая оболочка передней и задней стенок влагалища образует ряд поперечных складок, причем передняя стенка влагалища с своей дистальной трети слегка выпячивается в просвет влагалища. В этом месте проходит мочеиспускательный канал.

Стенка влагалища имеет толщину 3—4 мм, состоит из двух основных слоев. В слизистой оболочке расположены сосочки,

Рис. 4.9. Мышцы тазового дна.



а



б



в

а — мышцы, поднимающие задний проход со стороны промежности; б — мочеполая диафрагма; в — поверхностные мышцы промежности; 1 — мышца, поднимающая задний проход со стороны промежности; 2 — мышца, поднимающая задний проход со стороны таза; 3 — седалищно-пещеристая мышца; 4 — луковично-губчатая мышца; 5 — поверхностная поперечная мышца промежности; 6 — наружный сфинктер прямой кишки; 7 — ножки мышцы, поднимающей задний проход; 8 — мочеполая диафрагма.

желез нет, а попадают только отдельные лимфоидные фолликулы. В слизистой заложено большое количество эластических волокон. Мышечные волокна постепенно переходят в мышечную систему шейки матки. Волокна преимущественно гладкомышечные, состоящие из трех слоев: внутреннего (продольного), среднего (кольцевидного) и наружного (продольного). Аналогична связь мышечного слоя задней стенки влагалища с нижней третью прямой кишки. Мышечная и слизистые оболочки тесно связаны друг с другом. Снаружи влагалище покрыто соединительнотканной оболочкой, которую некоторые анатомы считают отдельным слоем.

Кровоснабжение влагалища осуществляется за счет ветвей внутренней подвздошной артерии. Наибольшая из них — влагалищная артерия — является нисходящей ветвью маточной артерии. Проходя по боковым стенкам влагалищной трубки, она осуществляет кровоснабжение в основном ее верхней трети. Нижняя пузырная артерия кровоснабжает среднюю треть, а средняя прямокишечная и внутренняя половая — нижнюю треть влагалищной трубки.

Влагалище иннервируется ветвями маточно-влагалищного сплетения, а чувствительная — за счет крестцовых спинальных узлов (I—IV пара).

Мускулатура тазового дна состоит из диафрагмы таза, мочеполовой диафрагмы и двух поперечнополосатых мышц — седалищно-пещеристой и луковично-губчатой (рис. 4. 9).

Диафрагма таза образована мышцей, поднимающей задний проход (состоит из лобково-копчиковой и подвздошно-копчиковой мышц), копчиковой мышцей и наружным сфинктером заднего прохода.

Отдельные пучки мышцы, поднимающей задний проход, начинающиеся по периферии тазового кольца, сливаются по средней линии позади прямой кишки в мышечную пластину. Передний отдел мышцы, поднимающей задний проход, ограничивающий ворота тазовой диафрагмы, состоит из двух ножек, которые так и называют ножками мышцы, поднимающей задний проход. Ножки образуют с обеих сторон равномерный скат к середине. Щель в мышце, поднимающей задний проход, служит для прохождения прямой кишки, влагалища и мочеиспускательного канала. От внутреннего края ножек мышцы, поднимающей задний проход, отходят несколько волокон, прикрепляющихся к тканям промежности сзади и спереди от прямой кишки. Они называются передними прямокишечными волокнами мышцы, поднимающей задний проход. Благодаря им щель в мышце, поднимающей задний проход, разделяется на передний отдел, где располагаются влагалище и мочеиспускательный канал, и задний, где локализуется прямая кишка.

От мышцы, поднимающей задний проход, к стенке влагалища и мочеиспускательному каналу мышечные волокна не отходят, поэтому половая щель как бы изолирована от мышечной пластины. Мышечная пластинка мышцы, поднимающей задний проход, отделяет полость таза от нижележащих отделов, где находится седалищно-прямокишечная ямка. В клетчатке седалищно-прямокишечной ямки располагается главный сосудисто-нервный пучок промежности — внутренние половые артерии и вена, половой нерв. Внутренняя половая артерия попадает сюда из малого таза через большое седалищное отверстие, отдавая большое число ветвей, анастомозирующих с ветвями наружной половой артерии.

Половой нерв имеет многочисленные ответвления. Основной ствол его располагается на внутренней стороне восходящей ветви седалищной кости приблизительно на 2 см выше седалищного бугра.

Мочеполовая диафрагма имеет вид треугольной сухожильной пластины, как бы вставленной в лонную дугу. Она состоит из различных по морфологическим свойствам мышечных групп.

Между двумя фасциальными листками мочеполовой диафрагмы находится глубокая поперечная мышца промежности. Часть ее, охватывающая мочеиспускательный канал, образует его сфинктер. В свою очередь проксимальная часть сфинктера носит название наружного сфинктера мочеиспускательного канала. Однако глубокая мышца промежности не полностью выполняет лобковую дугу и отделяется от нее двумя связками. Одна образуется за счет слияния фасциальных пластин, другая идет по нижнему краю симфиза (дугообразная связка лобка). Влагалище проходит через мочеполовую диафрагму у ее заднего края таким образом, что большая часть этой сухожильной мышечной пластины оказывается лежащей между симфизом и передней влагалищной стенкой. Задний отдел мочеполовой

диафрагмы находится в тесной связи с луковично-губчатой мышцей, поверхностной поперечной мышцей промежности и наружным сфинктером прямой кишки. Место соединения перечисленных мышц с пучками соединительнотканых и эластических волокон носит название сухожильного центра промежности.

Кровоснабжение дна полости таза осуществляется преимущественно ветвями внутренней половой артерии. В кровоснабжении собственно промежности участвует также наружная половая артерия.

Мышцы тазового дна иннервируются крестцовым сплетением, половым нервом и тазовыми внутренностными нервами, а также поясничным сплетением.

4.4. АНАТОМИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Мочеточник представляет собой уплощенно-цилиндрическую трубку диаметром около 5 мм, длиной около 30 см. Толщина его стенки около 1 мм. Левый мочеточник длиннее правого на 1—2 см. Стенка мочеточника состоит из трех слоев: наружного — рыхлой соединительной ткани, среднего — мышечного, имеющего три слоя (наружный, средний циркулярный, внутренний продольный), и внутреннего — слизистой оболочки, представленной переходным эпителием. Просвет мочеточника имеет фестончатую конфигурацию.

В мочеточнике различают брюшной (до терминальной линии) и тазовый (до впадения в мочевой пузырь) отделы (рис. 4. 10).

Тазовый отдел мочеточника делится на две части: пристеночную, прилегающую к стенке малого таза, и висцеральную, которая располагается в околوماتочной клетчатке и в основании широкой связки и удалена от шейки матки на 1—3 см. Эта часть тазового отдела мочеточника (длиной не более 3 см) в свою очередь делится на юкставезикальную и интрамуральную (проходящую внутри стенки мочевого пузыря) части. Интрамуральный отрезок частично располагается внутри мышечного слоя мочевого пузыря, а частично в слизистой оболочке.

Мочеточник, проходя в малый таз, имеет три физиологических сужения, где просвет его уменьшается до 2—3 мм; первое — место перехода через терминальную линию и вступления в малый таз, второе — место перекреста с маточной артерией, где мочеточник расположен ниже и несколько латеральнее, третье — место впадения мочеточника в мочевой пузырь.

На всем протяжении тазовый отдел мочеточника окружен фасциальным футляром и жировой клетчаткой, что обеспечивает хорошую его подвижность и различное положение при смещении матки. Во время операции хирург должен внимательно следить за тем, чтобы не перевязать и не ранить мочеточник.

Кровоснабжение мочеточника осуществляется следующим образом: верхняя треть — почечной артерией, средняя — общей подвздошной и яичниковой артериями, нижняя — маточной,

верхней и нижней пузырными артериями. Широко анастомозируя, эти сосуды образуют во всех слоях мочеточника выраженные сплетения.

Из верхней трети мочеточника венозная кровь оттекает в почечное сплетение, из средней — в грушевидное сплетение и яичниковую вену, из нижней — во внутреннюю подвздошную вену. Забрюшинная венозная сеть, расположенная впереди от мочеточника, анастомозирует с венами всех лежащих около него органов (почки, ободочная, сигмовидная, прямая кишка).

Лимфатический отток из мочеточников идет в трех направлениях: из верхней трети — в верхние пояснично-аортальные лимфатические узлы, из средней — в подвздошные, из нижней — во внутренние подвздошные. Иннервируются мочеточники аортальным, поджелудочным и тазовым сплетениями.

Емкость мочевого пузыря составляет 500 мл и может быть различной в зависимости от степени наполнения. В мочевом пузыре различают тело, верхушку, дно и шейку. Наименьшую подвижность имеет задняя часть пузыря, его дно, обращенное к влагалищу. Кпереди и книзу дно переходит в шейку мочевого пузыря, которая продолжается в мочеиспускательный канал.

От шейки матки мочевой пузырь отделен выраженным слоем рыхлой соединительной клетчатки. С влагалищем он прочно связан посредством пузырно-влагалищной перегородки; слой клетчатки здесь незначителен. Боковые стенки пузыря примыкают к мышцам (мышца, поднимающая задний проход) и отделены от них пристеночным клетчаточным пространством.

Мышечная стенка состоит из гладких волокон и имеет три слоя: наружный (продольный), средний (наиболее мощный, циркулярный) и внутренний (наименее развитый, состоящий из продольных и косых волокон). Все три слоя образуют общую мышцу, изгоняющую мочу, — детрузор. Слизистая оболочка мо-

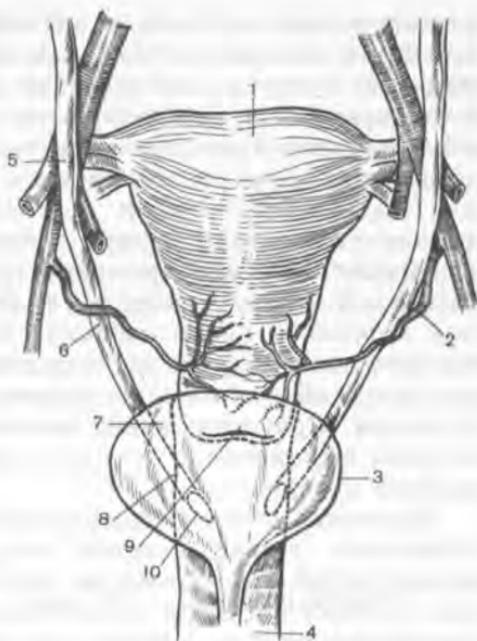


Рис. 4.10. Взаимоотношения мочеточника и половых органов.

1 — матка; 2 — маточная артерия; 3 — мочевого пузыря; 4 — влагалище; 5 — пристеночная часть тазового отдела мочеточника; 6 — висцеральная часть тазового отдела мочеточника; 7 — широкая связка с проходящей в ней юставезикальной частью мочеточника; 8 — интрамуральная часть мочеточника; 9 — шейка матки; 10 — устье мочеточника.

чевого пузыря отделена от мышечного слоя хорошо выраженным подслизистым слоем. Наиболее фиксированным отделом пузыря является треугольник, вершину которого образует шейка мочевого пузыря, а верхнебоковые углы — правое и левое устья мочеточников. Основание треугольника условное — межмочеточниковая складка. Особенности треугольника являются отсутствие подслизистого слоя и, следовательно, плотная фиксация слизистой оболочки пузыря к мышечному слою.

Кровоснабжение мочевого пузыря осуществляется за счет верхних и нижних пузырных артерий. Верхние отходят от пупочной артерии и кровоснабжают верхушку и боковые стенки его, нижние ответвляются непосредственно от внутренних подвздошных артерий и питают основание пузыря и мочепузырный треугольник. Кровоснабжение мочевого пузыря и сеть анастомозов хорошо выражены и осуществляются за счет средней прямокишечной артерии.

Венозный отток осуществляется за счет мощного пузырного сплетения, парного, ветви которого широко анастомозируют между собой и с венозными сплетениями малого таза. Иннервация мочевого пузыря осуществляется симпатическими и парасимпатическими волокнами поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга.

Мочевой пузырь и проксимальный отдел мочеиспускательного канала составляют единую систему, основой которой служат мышечные волокна, способные длительное время находиться в состоянии достаточно выраженного тонуса. Внутреннее отверстие уретры располагается на 2,5 см кзади от середины лонного сочленения. Далее канал направляется книзу и впереди и заканчивается наружным отверстием, открывающимся в среднем отделе преддверия влагалища на 2 см кзади от основания клитора. Общая длина мочеиспускательного канала около 4 см. Мышечная оболочка состоит из трех слоев: наружного и внутреннего продольных и среднего циркулярного. Последний принимает активное участие в формировании сфинктеров. Отличительной особенностью слизистой оболочки является ее богатство эластическими волокнами, обеспечивающими большую пластичность. Большая часть слизистой выстлана переходным эпителием — уротелием. Вблизи от наружного отверстия в канал открываются парауретральные протоки мочеиспускательного канала, имеющие большое значение в возникновении, течении и поддержании воспалительных процессов.

Уретра за счет фасциально-мышечной пластины, так называемой мочеполовой диафрагмы, а также передних и задних лобково-пузырных связок фиксируется к нижней ветви лобковой кости. Связки ограничивают ее подвижность, что особенно важно при повышении внутрибрюшного давления.

Вокруг уретры располагаются множественные мышечные волокна, принимающие участие в удержании мочи. В области шейки пузыря располагается мышечный циркулярный пучок

гладких волокон, а дистальнее его пучок поперечнополосатых мышечных волокон, переходящих на мочеполовую диафрагму и расположенных вокруг влагалища. Количество и выраженность поперечнополосатых мышечных пучков уменьшаются по направлению от мочеполовой диафрагмы к шейке пузыря. При надрыве или разрыве связок, мышечных волокон может возникнуть недержание мочи.

Кровоснабжение мочеиспускательного канала осуществляется наружной и внутренней половыми артериями, а также нижней пузырной артерией. Венозный отток идет в пузырное венозное сплетение.

Иннервация мочеиспускательного канала происходит за счет обоих нижних подчревных сплетений, а также тазовых и половых нервов.

Глава 5

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дополнительные методы обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний получили повсеместное признание.

Для установления диагноза часто достаточно пальпаторного двуручного исследования, однако у ряда больных из-за метеоризма, тучности или других причин нет возможности составить правильное представление о состоянии органов малого таза. Иногда опухоли слишком малы и пальпировать их не представляется возможным. При осмотре больной врачу приходится решать, опухоль это или образование воспалительной этиологии, откуда она исходит (из матки, придатков) или она экстрагенитального происхождения и, наконец, доброкачественная она или злокачественная. Часто необходимо выяснить, есть ли жидкость в брюшной полости.

Дополнительные методы исследования позволяют получить объективные данные о положении, размерах, соотношении и консистенции образований, расположенных в малом тазу.

Следует помнить, что нельзя полностью основывать диагноз на результатах дополнительных исследований. Всегда необходимо сопоставлять эти данные с клиническим течением заболевания.

5.1. ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища — широко распространенный и эффективный диагностический метод исследования, с помощью которого можно подтвердить наличие



Рис. 5.1. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

внутрибрюшного кровотечения. Отсутствие крови в пунктате нельзя расценивать как признак, полностью исключающий внутрибрюшное кровотечение, так как наличие спаек в малом тазе может создать такие условия, когда излившаяся в брюшную полость кровь не проникает в прямокишечно-маточное углубление.

Если игла попадает в кровеносный сосуд или матку (обычно при резком оттягивании ее кзади), то в шприц насасывается такая же кровь, как при венепункции. При наличии внутрибрюшного кровотечения кровь темная, с мелкими сгустками, не свертывается.

У больных гнойным параметритом в пунктате обнаруживают гной, что является показанием к кольпотомии. При промывании шприца кровь, полученная из брюшной полости, легко смывается с его стенок. Если кровь взята из сосуда, то она легко свертывается и смывание ее требует больших усилий. При наличии гноя в прямокишечно-маточном углублении в шприц насасывается гной, при наличии экссудата — экссудат.

Техника пункции (рис. 5. 1). Для проведения пункции через задний свод во влагалище вводят влагалищное зеркало. Заднюю губу шейки матки берут на пулевые щипцы и подтягивают к лону. При этом задний свод влагалища растягивается. В центр растянутого влагалищного свода перпендикулярно поверхности вводят длинную иглу диаметром не более 2 мм. При растянутом своде тазовая брюшина тесно прилегает к стенке влагалища, поэтому вполне достаточно продвинуть иглу в брюшную полость на 1—1,5 см, чтобы получить пунктат, если он там имеется. При более глубоком продвижении игла может

попасть в кишку или опухоль. Игла при продвижении должна легко преодолевать препятствие. Если ощущается сильное сопротивление, значит на ее пути есть препятствие, скорее всего матка. В таком случае надо изменить направление иглы или отказаться от пункции.

5.2. БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Биопсию шейки матки производят при подозрении на рак и другие заболевания шейки матки.

Иссечение ткани шейки матки следует производить после кольпоскопического исследования, так как это позволяет точно определить участок шейки матки для биопсии.

При ножевой биопсии скальпелем иссекают клиновидный участок ткани. Для этого шейку матки обнажают зеркалами, фиксируют пулевыми щипцами и подтягивают к области входа во влагалище. Скальпелем иссекают участок шейки матки с подлежащей тканью. На ранку при необходимости накладывают 1—2 кетгутовых шва. Биопсия может быть произведена также конхотомом или электродом в виде петли.

Иссеченный кусочек ткани направляют на гистологическое исследование. До получения результатов исследования производить какие-либо операции на шейке матки (диатермокоагуляция, ампутация и т. д.) не следует.

5.3. ЗОНДИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

Зондирование полости матки производят как диагностическую процедуру перед искусственным абортом, а также с целью определения длины полости матки перед диагностическим выскабливанием. Для выявления субмукозных миоматозных узлов зондирование имеет относительную ценность.

Шейку матки обнажают зеркалами. Переднюю ее губу берут пулевыми щипцами и низводят. Через канал шейки матки вводят зонд. Продвигать его надо осторожно, чтобы не сделать ложный ход или не перфорировать стенку матки.

5.4. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ

Диагностическое выскабливание широко применяется в гинекологической практике в основном для выявления состояния эндометрия. После зондирования матки расширяют канал шейки матки расширителями Гегара (как правило, до № 8). Затем средней кюреткой выскабливают слизистую оболочку передней и задней стенок матки, ее дна и трубных углов.

При необходимости производят отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и полости матки. Соскобы отдельно направляют на гистологическое исследование.

5.5. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ультразвуковое исследование является наиболее простым и безопасным. В принципе было бы правильным каждой женщине с опухолевидным образованием проводить визуализацию органов малого таза с помощью ультразвука. Это значительно уменьшило бы число диагностических ошибок.

Применение ультразвука с целью медицинской диагностики основано на том, что ткани различной плотности по-разному отражают и поглощают ультразвуковую энергию, причем ультразвук способен отразиться от границ раздела двух сред, отличающихся друг от друга по плотности на доли процента. С помощью ультразвука можно получить изображение таких образований, которые недоступны для рентгеновского исследования в силу небольшой плотности.

Ультразвуковые диагностические аппараты представляют собой сложные электронные устройства. В настоящее время используются различные модели аппаратов, но принцип действия их один и тот же. Источником электрических колебаний высокой частоты (от 1 до 15 МГц) является генератор, питающийся от сети переменного тока. Пьезоэлектрический преобразователь аппарата из титаната бария превращает электрические колебания в ультразвуковые равнозначной частоты. Ультразвук проникает в исследуемые ткани, где происходит частичное его поглощение. Отраженный от тканей ультразвук попадает на преобразователь и вновь превращается в электрические колебания. На экранах электронно-лучевых трубок аппарата происходит регистрация отраженных импульсов. Показания электронно-лучевых трубок называются эхограммами.

Двухмерные эхограммы (плоско-позиционное изображение на экране) получаются при использовании сканирующей техники.

Современная ультразвуковая аппаратура позволяет исследовать органы малого таза с помощью различных датчиков: абдоминальных, влагалищных, ректальных.

К ультразвуковому исследованию нет противопоказаний. Этот метод незаменим в тех случаях, когда тяжелое состояние не позволяет применить другие дополнительные методы исследования.

Хорошо разработана ультразвуковая анатомия органов малого таза.

Нормальные яичники имеют вид эллипсоидных структур, прилегающих к матке. Размеры нормальных яичников могут колебаться в зависимости от фазы цикла (рис. 5. 2).

С помощью ультразвукового исследования оказалось возможным следить за ростом фолликула и выявлять гиперстимуляцию яичников.

Разнообразное строение опухолей яичника нередко затрудняет их эхографическую оценку, но все же выявлена довольно

Рис. 5.2. Матка и яичники при ультразвуковом исследовании (поперечное сканирование).

1 — передняя брюшная стенка;
2 — мочевого пузыря; 3 — матка;
4 и 5 — яичники.

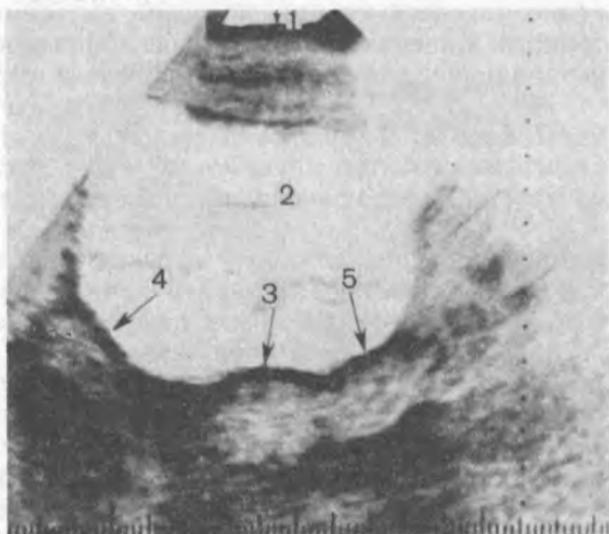
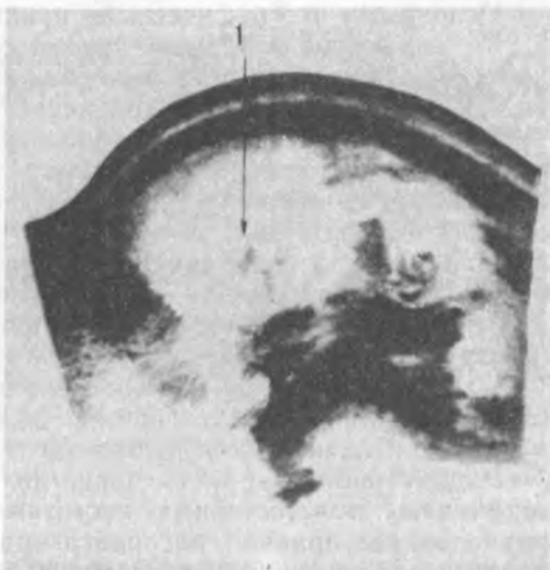


Рис. 5.3. Миома матки (поперечное сканирование).

1 — миоматозный узел.



четкая акустическая характеристика различных опухолей и опухолевидных образований яичников.

Эхографию применяют с целью дифференциальной диагностики опухолей матки и яичника. Однако при ультразвуковом исследовании не всегда можно отличить плотную опухоль яичника от подбрюшинного миоматозного узла на ножке, так же как отечный миоматозный узел легко можно принять за овариальное образование.

Необходимым условием для исследования является напол-

нение мочевого пузыря, который, вытесняя из малого таза петли тонкого кишечника, создает своеобразное «акустическое окно», позволяющее четко визуализировать внутренние половые органы.

Кроме того, мочевой пузырь используется в качестве эталона кистозного образования в малом тазе. На сопоставлении акустических структур мочевого пузыря и исследуемого образования построена эхографическая дифференциальная диагностика.

Техника ультразвукового исследования. Переднюю брюшную стенку смазывают вазелиновым маслом. Датчик ультразвукового аппарата прикладывают к передней брюшной стенке и продвигают в различных направлениях для получения необходимого изображения.

С целью выяснения внутреннего строения опухоли в ряде случаев прибегают к способу разночастотных датчиков (2,25 и 5 мГц), а также к одномерному А-методу.

При сопоставлении данных ультразвукового сканирования и гистологического исследования выявляется ряд эхографических особенностей, присущих тем или иным патологическим процессам.

Основными эхографическими признаками миомы матки (рис. 5. 3) являются увеличение размеров и изменение маточного контура, особенно характерные для множественной миомы матки. Некоторые трудности возникают у больных с миомой при подслизистом расположении узла или подбрюшинным узлом на ножке. Последние приобретают акустические признаки кистозных образований вследствие дегенеративных изменений, что снижает точность диагностики.

При эхографии выявляются кисты, представляющие собой тонкостенные однокамерные кистозные образования. Особенность их заключается в высокой звукопроводимости и отсутствии в их структуре эховключений (рис. 5. 4).

Паровариальные кисты на эхограммах ничем не отличаются от кист яичника. Их диагностика возможна лишь в случае визуализации яичника как отдельной структуры.

Эндометриоидные кисты представляются в виде одно- и многокамерных толстостенных кистозных образований различных размеров, как правило, располагающихся позади матки, с многочисленными внутренними эхосигналами. При осмотре больных в динамике менструального цикла отмечается увеличение размеров этих образований перед менструацией, что способствует диагностике.

Эхограммы дермоидных кист носят разнообразный характер. Часто такие кисты выявляются как кистозные образования со сниженной звукопроводимостью и более или менее выраженной эхогенной зоной, с характерной акустической тенью.

Несколько затруднена диагностика гладкостенных серозных кистом яичника. Эхографически они могут мало отличаться от кист яичников. Большие размеры чаще свидетельствуют о кистоме. Выявление папиллярных разрастаний на внутренней или

Рис. 5.4. Киста яичника (продольное сканирование).

1 — киста яичника; 2 — мочевого пузыря; 3 — тело матки.

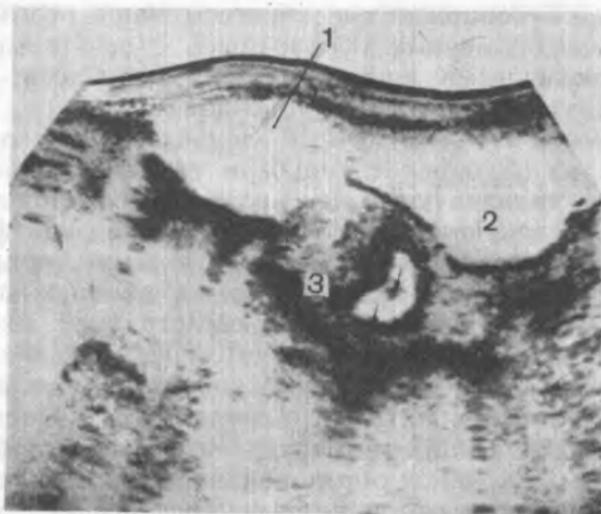
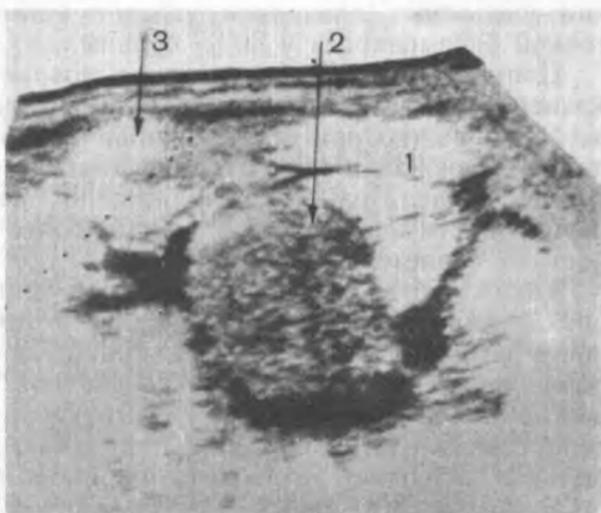


Рис. 5.5. Кистоза яичника (продольное сканирование).

1 — мочевого пузыря; 2 — кистоза яичника; 3 — матка.



наружной поверхности капсулы подтверждает диагноз истинной опухоли яичника (рис. 5. 5).

Муцинозные кистомы яичников имеют довольно характерный признак — перегородки внутри них.

Установить диагноз злокачественной опухоли яичника только на основании ультразвукового исследования нельзя. Заподозрить наличие ее позволяет выявление образования с повышенной звукопроницаемостью, с беспорядочными эхоструктурами.

Известно, что неизмененные маточные трубы не визуализируются. Эходиагностика заболеваний маточных труб возможна лишь при наличии содержимого в них гидро-, сакто- и гемато-сальпинкса диаметром более 2,5—3 см.

Тубовариальные абсцессы чаще всего имеют вид кистозных многокамерных образований с нечеткими контурами и многочисленными внутренними эхосигналами. В отдельных случаях внутри выявляется линейная структура, разделяющая жидкую часть и более плотные элементы гнойного содержимого.

У больных с гидро- и гематосальпинксом маточные трубы визуализируются как кистозные образования. От кист яичников их отличает вытянутая ретроообразная форма.

Абсолютными ультразвуковыми признаками эктопической беременности являются лишь обнаружение плодного яйца вне матки с одновременной регистрацией жизнедеятельности плода (сердцебиение, шевеление). К вероятным эхографическим признакам внематочной беременности следует отнести незначительное увеличение матки с наличием в ее полости аморфных структур, исключающих маточную беременность, обнаружение около матки кистозного образования с плотными эховключениями и выявление в маточно-прямокишечном углублении свободной жидкости (при нарушенной внематочной беременности). На основании указанных признаков удается установить диагноз внематочной беременности у 30 % больных.

Ценность метода значительно возрастает при дифференциальной диагностике маточной и внематочной беременности, что особенно важно при обследовании женщин, лечившихся от бесплодия, так как в этих случаях диагностическое выскабливание крайне нежелательно. При наличии ненарушенной маточной беременности сроком 3—4 нед и более ультразвуковая диагностика является достоверной.

Таким образом, эхографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований матки и придатков дает возможность в большинстве случаев правильно определить структуру образования, а иногда уточнить диагноз. Для клинициста очень важно иметь представление о структуре образования, так как сопоставление этих сведений с другими данными обследования больной позволяет установить правильный диагноз.

В настоящее время ультразвуковое исследование используется для выявления аномалий развития половых органов, патологии эндометрия. В ряде случаев можно выявить гиперплазию, полипоз и рак эндометрия, которые имеют свои эхографические признаки, однако решающую роль играет морфологическое исследование.

5.6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В настоящее время почти во всех стационарах имеется возможность проведения рентгенологических исследований: обзорной рентгенографии брюшной полости, гистеросальпингографии, рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума. В крупных клинических учреждениях выполняют также

вазографию. В зависимости от того, какую систему сосудов заполняют контрастным веществом, различают артерио-, вено- или лимфографию.

5.6.1. ОБЗОРНЫЙ СНИМОК БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Получение обзорного снимка брюшной полости является простейшим методом рентгенологического исследования. Он может быть полезным в том случае, если имеются опухоли, которые дают резкое контрастное изображение (например, петрифицированная миома матки, в редких случаях дермоидные кисты, в которых содержатся зубы, плотные ткани и др.). Большое значение обзорный рентгеновский снимок брюшной полости имеет при подозрении на перитонит или внутрибрюшное кровотечение (в брюшной полости выявляется свободная жидкость). При непроходимости кишечника выявляются чаши Клойбера. Если возникает подозрение на оставление в брюшной полости инструмента после операции, то обзорный снимок позволяет либо подтвердить это подозрение (тогда нужна операция), либо отвергнуть.

5.6.2. ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ

Гистеросальпингография является распространенным и весьма ценным методом исследования в тех случаях, когда необходимо получить представление о контурах матки и просветах маточных труб. Наиболее часто гистеросальпингографию проводят с целью определения проходимости маточных труб при бесплодии и у больных с подозрением на подслизистую миому матки или центрипетальный рост миоматозного узла (рис. 5.6). Метод используется также для диагностики внутреннего эндометриоза (рис. 5.7) и туберкулеза маточных труб. Более информативна рентгенотелевизионная гистеросальпингография, позволяющая оценить и функциональное состояние маточных труб.

Полипы слизистой оболочки тела матки или мелкие подслизистые миоматозные узлы дают небольшие дефекты наполнения, при этом типичная треугольная форма полости матки может не изменяться.

Применение гистеросальпингографии для диагностики трубной беременности с помощью водорастворимых контрастных веществ не получило распространения.

5.6.3. ПНЕВМОГИНЕКОГРАФИЯ

Для выявления контуров внутренних половых органов необходимо ввести в брюшную полость газ (кислород, углекислый газ, закись азота), на фоне которого производится рентгеновский снимок. Этот метод исследования известен под разными

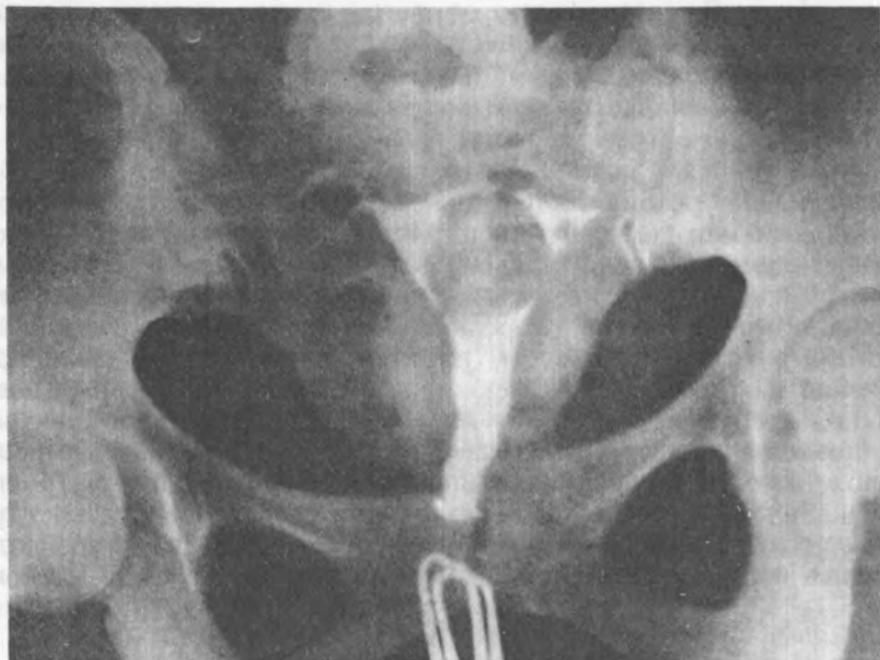


Рис. 5.6. Гистеросальпингография. Матка с подслизистым миоматозным узлом.

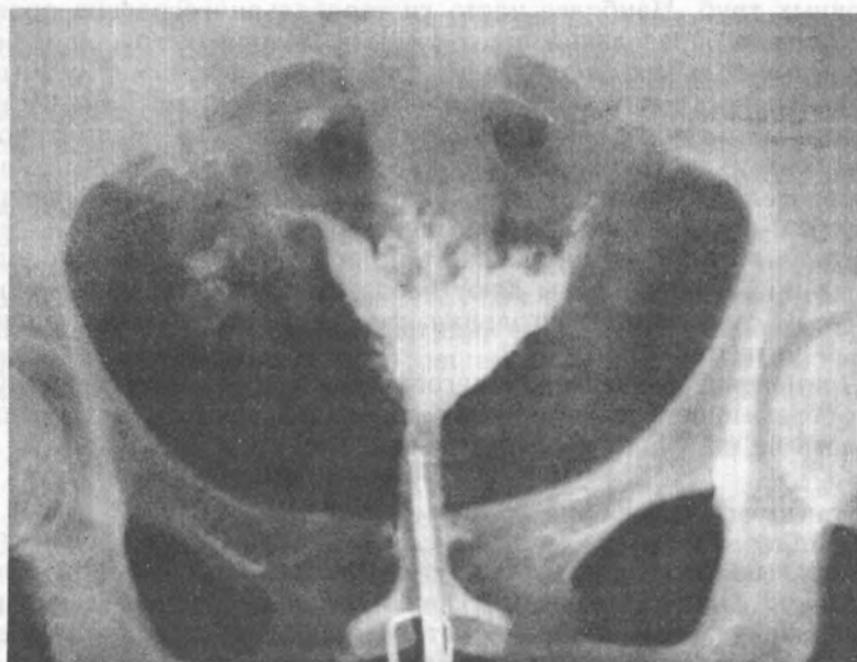


Рис. 5.7. Внутренний эндометриоз.

названиями: гинекография, пневмогинекография, пневмопельвиография, газовая пельвиография, газовая гинекография и др.

Показаниями к исследованию является необходимость уточнения диагноза при опухолях в малом тазе, дифференциальная диагностика опухолей матки и придатков, истинных опухолей и опухолевидных образований воспалительной этиологии, подозрение на аномалии развития внутренних половых органов.

Противопоказаниями к применению пневмоперитонеума служат сердечно-сосудистые заболевания с декомпенсацией сердечной деятельности и нарушением кровообращения, острые и подострые воспалительные процессы в брюшной полости, метеоризм, инкапсулированные гнойники в брюшной полости, грыжи, тяжелые экстрагенитальные заболевания. Не рекомендуется проводить процедуру во время менструации.

Противопоказанием являются также начальные сроки беременности из-за опасности возникновения лучевых эмбриопатий. Обычно лучевая нагрузка в области внутренних половых органов при производстве одного рентгеновского снимка составляет 0,3—0,5 рад. Хотя эта доза мала, следует учитывать возможность вредного воздействия ее на функцию яичников. При наличии больших опухолей матки или яичников нет нужды производить рентгеновский снимок, поскольку больная все равно нуждается в операции.

Техника пневмогинекографии. Чаще всего газ вводят в брюшную полость путем пункции брюшной полости.

Подготовка больной заключается в следующем. Накануне и утром в день процедуры опорожняют с помощью клизмы кишечник, а непосредственно перед процедурой и мочевой пузырь. Если женщина тучная и страдает метеоризмом, то за 2 дня до исследования следует назначить диету, снижающую возможность избыточного образования газов (черный хлеб, квашеная капуста, молоко и т. д.). Больным с повышенной возбудимостью перед процедурой показана инъекция 1 мл 2 % раствора промедола под кожу.

Газ вводят в положении больной на спине в перевязочной или малой операционной с помощью аппарата для наложения пневмоторакса или пневмоперитонеума, выпускаемого заводом «Красногвардеец». Действие аппарата основано на принципе двух сообщающихся сосудов, расположенных на разном уровне. Для наложения пневмоперитонеума применяют специальные иглы с тупо скошенным концом. В брюшную полость иглу вводят обязательно с мандреном, а затем его удаляют. Убедившись, что из иглы не показывается кровь, подключают аппарат и вводят газ в количестве 800—1500 мл в зависимости от массы тела. Газ вводят медленно под контролем манометра.

Иглу вводят строго перпендикулярно к брюшной стенке на середине расстояния между пупком и передневерхней осью подвздошной кости по краю прямой мышцы живота. Местом введения иглы может быть область пупка, где кожа непосредственно

сращена с брюшиной. При косом положении игла может располагаться забрюшинно, и тогда ввести газ в брюшную полость не удастся. При правильном положении иглы прохождение газа в брюшную полость можно выслушать с помощью фонендоскопа. После введения газа больную перевозят на каталке в рентгеновский кабинет и делают снимки с расстояния 1 м. Рентгеновская трубка должна быть наклонена в каудальном направлении на 15°. Больная лежит на животе. Головной конец стола опущен, угол наклона составляет 45°. Газ можно вводить в брюшную полость путем пункции заднего свода влагалища, что показано очень тучным женщинам. Техника пункции описана выше.

Как уже сказано, с помощью рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума отчетливо различаются контуры образований, имеющих в малом тазе. Большую информацию получают при сочетании пневмоперитонеума с гистеросальпингографией (биконтрастная гинекография), так как при этом видны наружные и внутренние контуры матки и маточных труб.

Осложнения при наложении пневмоперитонеума редки и в основном связаны с техническими погрешностями при проведении процедуры. Они возможны также в тех случаях, когда не учитываются противопоказания. Наиболее тяжелым и опасным для жизни осложнением является газовая эмболия. Нередко воздушная эмболия протекает бессимптомно. Иногда появляющиеся симптомы ошибочно принимают за невротические или рефлекторные реакции на введение газа. При наложении пневмоперитонеума существует опасность воздушной эмболии. Однако при строгом соблюдении технических правил и учете противопоказаний она минимальна.

Наложение пневмоперитонеума может осложниться эмфиземой. Вследствие технических погрешностей газ проникает в подкожную жировую клетчатку и может развиться медиастинальная эмфизема. При этом возникают боли за грудиной и в области шеи, голос становится хриплым, наблюдаются нарастающее удушье, затруднение движений шеи, глотания слюны, приема пищи. При осмотре больной определяются эмфизема области шеи (характерный хруст), цианоз лица и тахикардия. Покой, согревающие компрессы, введение обезболивающих и снотворных средств облегчают тягостные ощущения. Медиастинальная эмфизема проявляется через 2—3 ч после введения газа при вертикальном положении больной. Более легко протекает эмфизема предбрюшинной и подкожной жировой клетчатки (лечение симптоматическое). Возникновение эмфиземы любой локализации хотя и является осложнением, но неопасно и обычно через 2—3 дня проходит бесследно.

Иногда образуется гематома передней брюшной стенки в месте введения иглы. В чрезвычайно редких случаях наблюдается внутрибрюшное кровотечение, связанное с ранением крупного сосуда (в этом случае показана лапаротомия).

При наложении пневмоперитонеума перфорация кишки иглой сравнительно легко может произойти при наличии метеоризма или обширных спаек в брюшной полости. Как уже отмечено, метеоризм является противопоказанием к наложению пневмоперитонеума. Ранение кишки иглой, как правило, не влечет за собой серьезных последствий. При наложении пневмоперитонеума пользуются тонкой иглой с тупым срезом. Произвести линейный разрез кишки такой иглой невозможно, а пункционное отверстие сразу же закрывается, чему способствует сокращение продольной и циркулярной мускулатуры кишки. В некоторых случаях, чтобы ускорить введение газа в брюшную полость, применяют иглы большого диаметра, а иногда и с заостренным концом, как у обычных игл. Это опасно, так как можно произвести линейный разрез кишки. При проколе игла большого диаметра нарушает герметичность ее стенки. Возможно также ранение сосуда. При наложении пневмоперитонеума можно пользоваться только специальными иглами.

На рентгенограмме с неизменными внутренними половыми органами хорошо видны костное кольцо таза и прилегающая к нему тень, которая соответствует мышцам, покрывающим стенки таза. В верхней части рентгенограммы заметна тень прямой кишки, а над лоном — полуовальная тень мочевого пузыря. Матка имеет вид плотной овальной тени, нижняя часть которой интенсивнее верхней за счет наслаивающейся тени шейки матки. От матки отходят также тени, соответствующие широким и круглым связкам и маточным трубам. Яичники определяются в виде плотных овальных теней, составляющих примерно $\frac{1}{3}$ тени матки, расположенных у стенок малого таза (рис. 5.8).

Как правило, на фоне введенного газа хорошо видны патологические изменения в малом тазе: сращения в брюшной полости, смещения внутренних половых органов и др. Кроме того, можно определить, откуда исходит опухоль — из матки или из ее придатков (рис. 5.9), и диагностировать ряд других патологических состояний, например склеротизованные яичники (рис. 5.10).

В настоящее время метод рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума в тех лечебных учреждениях, где есть ультразвуковая аппаратура, практически не применяется. Его заменил неинвазивный метод, а именно ультразвуковое исследование.

5.6.4. ВАЗОГРАФИЯ

С помощью этого метода можно видеть строение сосудистой сети и выявлять патологические состояния.

В качестве контрастных веществ используют водные растворы органических соединений йода. В зависимости от того, какую систему сосудов заполняют контрастным веществом, исследование называется артериографией, вено- или флебографией и лимфоангиографией.

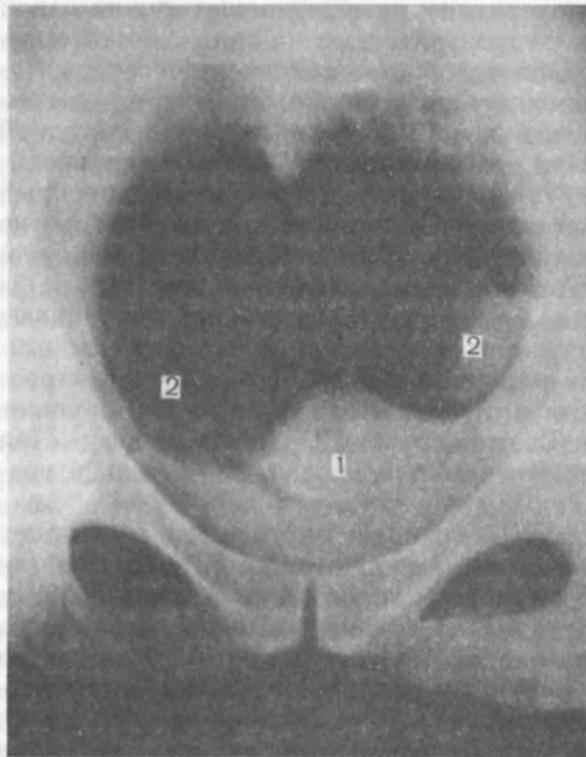


Рис. 5.8. Нормальные матка и придатки при рентгенографии органов таза в условиях пневмоперитонеума.

1 — матка; 2 — яичники.

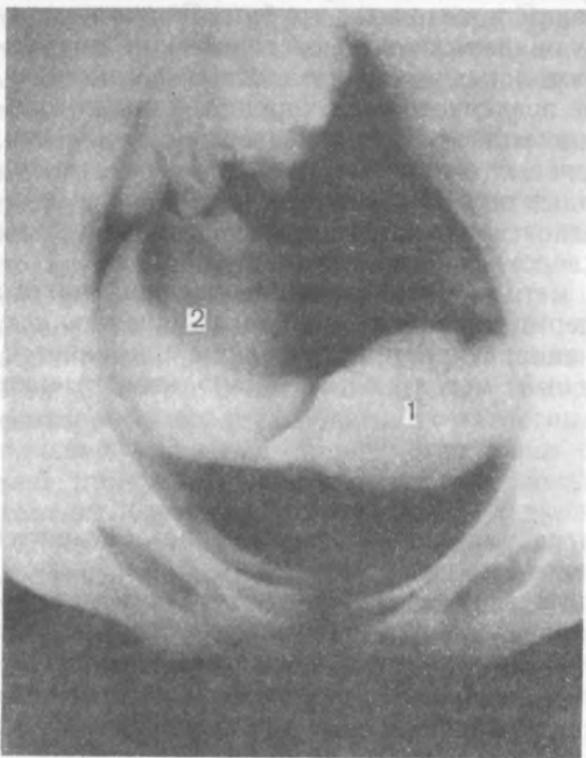


Рис. 5.9. Опухоль яичника.

1 — матка; 2 — опухоль яичника.

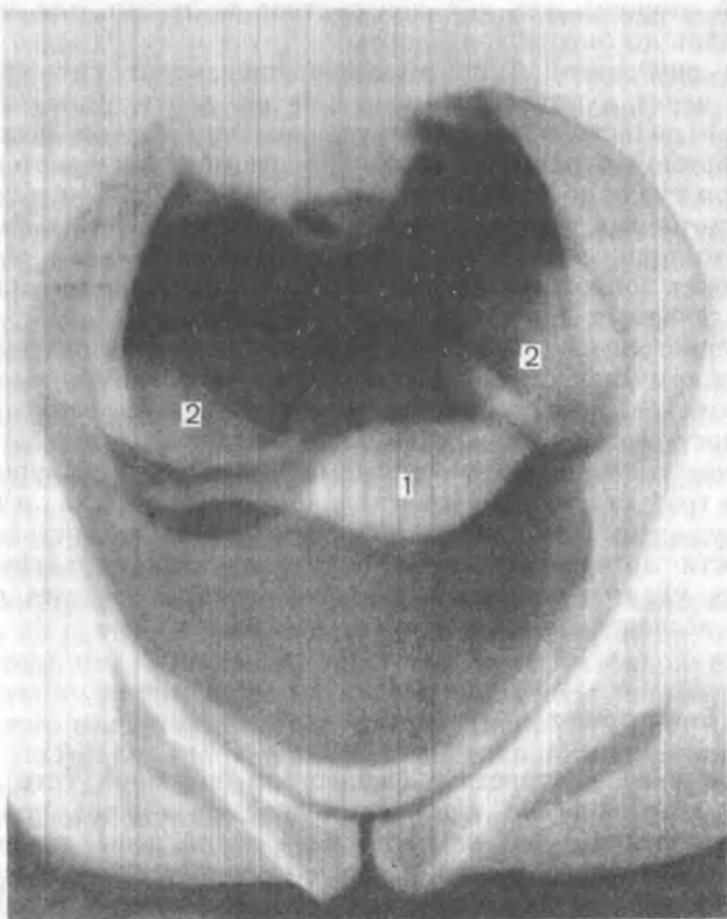


Рис. 5.10. Склерокистозные яичники.
1 — матка; 2 — склерокистозные яичники.

5.6.4.1. Артериография

Артериография получила широкое распространение при исследовании сосудистых систем в общей хирургии. Для выявления артериальной системы внутренних половых органов этим методом чаще пользуются онкологи.

Техника введения контрастного вещества. Через бедренную или плечевую артерию в брюшную аорту вводят зонд. При этом пунктируют бедренную или плечевую артерию, а затем накладывают сосудистый шов. Пользуются также специальной иглой, которая исключает необходимость наложения шва. Контрастное вещество можно вводить в бедренную артерию при сдавлении ее жгутом ниже места пункции, т. е. ретроградно. При этом методе введения сосуда матки обычно видны только

с одной стороны, так как контрастное вещество, как правило, не доходит до бифуркации аорты.

При внутривенной аортографии производят катетеризацию сердца через кубитальную вену. Затем контрастное вещество вводят в полость правого желудочка. За рубежом используют метод прямой пункции аорты — трансклюмбальная аортография. При этом судят об архитектонике сосудов опухолей матки и яичников, маточных труб при внематочной беременности и определяют место прикрепления плаценты. Трансклюмбальная аортография может сопровождаться опасными осложнениями, например повреждением почек.

Артериография может быть вспомогательным методом исследования при диагностике опухолей и внематочной беременности. Противопоказанием к артериографии являются почечная недостаточность и гипертоническая болезнь.

Точное толкование артериограммы маточных и овариальных сосудов требует от врача значительного опыта, так как и в норме эта сосудистая сеть обладает большой вариабельностью. Из-за сложности артериография не получила распространения. Как правило, удается установить диагноз, используя более простые методы исследования.

5.6.4.2. Венография

Заполнение контрастным веществом венозной сети малого таза называется флебо- или венографией. Этот метод применяют для диагностики заболеваний нижней полую вены, тазовых вен и вен нижних конечностей. Он используется при дифференциации опухолей матки и придатков от опухолевидных образований воспалительной этиологии, а также с целью исключения урологических заболеваний.

Для введения контрастного вещества в венозную систему таза можно использовать три пути: внутривенный, внутрикостный, внутриорганный.

Используя внутривенный способ, контрастное вещество вводят путем пункции какого-либо венозного ствола: бедренной вены, геморроидальной вены или даже путем катетеризации или пункции нижней полую вены. При введении контраста в бедренную или нижнюю полую вену на рентгенограмме видны пристеночные вены таза и начальный отдел нижней полую вены. Первый рентгеновский снимок производят к концу введения контрастного вещества, затем через 2 с делают еще несколько снимков.

При введении контрастного вещества через бедренную вену можно получить изображение пристеночных вен малого таза: наружной и общей подвздошной, нижней полую вен; иногда ретроградно может заполниться и внутренняя подвздошная вена. Можно диагностировать тромбы, венэктомии, деформации

сосудистой сети опухолями и наличие лимфатических метастатических узлов.

Внутрикостное введение контрастного вещества осуществляют путем пункции лобковых и седалищных костей, большого вертела бедра и крестца. Через иглу и губчатое вещество кости вводят контрастное вещество, а затем выполняют рентгенографию малого таза. Через костный мозг контрастное вещество всасывается быстро: уже через 1 с оно появляется в крупных венах малого таза. Контрастное вещество равномерно распределяется в венозной сети.

Контрастное вещество можно ввести внутриорганным путем в толщу стенки матки.

Венозная сеть малого таза отличается большой вариабельностью, однако можно различить париетальную и висцеральную системы вен. Париетальная система окружает стенки малого таза и состоит из подчревной и запирающей вен, санториниева сплетения и поперечного пресакрального анастомоза. К висцеральной системе относятся геморроидальные маточные, яичниковые и боковые пузырьные вены.

При внутривенном и внутрикостном введении контрастного вещества на рентгенограмме получается изображение париетальной системы вен, так как в месте впадения маточной вены в подчревную имеется клапан, который препятствует прохождению контрастного вещества в маточную вену. Вводя контраст внутриорганно, получают изображение висцеральной и париетальной систем вен.

Противопоказаниями служат индивидуальная непереносимость контрастного вещества, поражения паренхиматозных органов, органические поражения сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, кахексия, тяжелая раковая интоксикация и лихорадочное состояние.

Метод эффективен при распознавании поражения венозной системы у больных с метастазами рака матки в лимфатические узлы, расположенные по ходу главных венозных пристеночных стволов.

Тазовая флебография дает ценные сведения о стадии распространения злокачественного процесса половых органов, главным образом о степени инфильтрации клетчатки и поражении лимфатических узлов. В ряде случаев целесообразно сочетание газовой рентгенопельвиографии и тазовой флебографии, так как эти методы хорошо дополняют друг друга.

5.6.4.3. Лимфаденография

Лимфатические сосуды гораздо уже вен и артерий, что создает ряд технических трудностей для введения в них контрастного вещества.

В межпальцевую складку ноги подкожно вводят 0,5 мл 11 % раствора патент-сини, после чего кожа принимает серо-синий

цвет. На подъеме ноги на расстоянии 4—5 см от места вкола делают разрез кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 2—2,5 см. Окрашенные лимфатические сосуды лежат прямо под кожей. Сосуд освобождают от клетчатки, пунктируют и вводят в него 10—12 мл 75 % водного раствора йода. Затем производят серию рентгеновских снимков с промежутками в 30 с.

Для наполнения лимфатической системы некоторые авторы отсепаровывают лимфатический сосуд под паховой связкой.

Показанием к лимфоаденографии может служить необходимость определения поражения лимфатических узлов таза при раке шейки матки, так как известно, что лимфатические сосуды, выносящие лимфу из шейки матки, впадают почти во все группы лимфатических узлов малого таза.

В гинекологических стационарах методы вазографии в настоящее время используются редко.

5.7. РАДИОИЗОТОПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

5.7.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Одним из методов диагностики состояния эндометрия является радиометрический с использованием радиоактивного изотопа фосфора ^{32}P . Метод основан на свойстве злокачественных опухолей накапливать радиоактивный фосфор более интенсивно, чем окружающие непораженные ткани.

Больная получает индикаторное количество радиоактивного фосфора (в среднем 100 мкКи) в виде раствора двузамещенного фосфата натрия (Na_2HPO_4). Через 24, 48 и 72 ч выполняют радиометрию. Для этого в полость матки вводят зонд-счетчик диаметром 2 мм с чувствительной областью, расположенной на конце его. При постепенном извлечении счетчика в направлении от дна матки до канала шейки матки на каждом сантиметре регистрируют накопление ^{32}P в слизистой оболочке матки. Результаты измерения выражают в импульсах в минуту. Диагностическим показателем является отношение радиоактивности в полости матки к радиоактивности в канале шейки матки, выраженное в процентах (процент накопления ^{32}P). Продолжительность радиометрии устанавливают в каждом случае индивидуально в зависимости от скорости счета импульсов. В среднем регистрируют по 300—400 импульсов на контрольном и исследуемых участках.

Относительное накопление радиоактивного фосфора в эндометрии снижается в период угасания менструальной функции вплоть до глубокой постменопаузы. Максимальное накопление изотопа характерно для верхней трети тела матки, несколько ниже в средней трети и минимальное в нижней трети тела матки.

Ю. Ю. Табакман изучил накопление ^{32}P в различных частях тела матки у больных разных возрастных групп (в детородном возрасте, климактерическом периоде и постменопаузе). Наиболее

выраженные различия в величине накопления ^{32}P обнаружены при исследовании верхней трети полости матки у больных детородного возраста по сравнению с больными в постменопаузе. Накопление ^{32}P в детородном возрасте составляло $205 \pm 8,3 \%$, в постменопаузе — $140 \pm 9,2 \%$. Различия между названными показателями весьма существенны ($t = 5,2$, $p < 0,001$). На основании этого при оценке данных радиометрии учитывают как состояние менструальной функции, так и уровень расположения предполагаемого патологического участка в полости матки.

При радиоизотопной диагностике с помощью ^{32}P имеет значение не только величина относительного накопления изотопа, но также изменение показателя в динамике. Такая диагностика может быть проведена с одинаковым успехом через 24, 48 и 72 ч после введения изотопа. Однократность измерения и некоторая свобода в выборе интервала времени особенно удобны при исследовании в амбулаторных условиях.

Следует отказаться от проведения радиоизотопного исследования матки в предменструальные дни, так как в это время наблюдается повышенное накопление изотопа.

При раке эндометрия процент накопления ^{32}P зависит от локализации опухоли в матке. Максимальное значение показателя отмечено при локализации опухоли в верхней, минимальное — нижней трети матки. Следовательно, значение диагностического показателя необходимо оценивать в зависимости от того, на каком уровне в полости матки зарегистрирована максимальная скорость счета импульсов.

5.7.2. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА

Применение ^{32}P для диагностики опухолей внутренних органов основано на способности его быстро замещать нерадиоактивный фосфор в ДНК и РНК, синтез которых в опухолевой ткани усилен. Введенный радионуклид вначале равномерно распределяется в организме, а затем сосредоточивается в органах и тканях, отличающихся повышенными обменными процессами.

^{32}P в виде изотонического раствора двузамещенного фосфата натрия вводится больным перорально за 24 ч до оперативного вмешательства. Величина активности составляет 0,056 МБк на 1 кг массы тела, в среднем 4,44 МБк. Для регистрации накопления радионуклида в тканях применяется газоразрядный бетазонд СБМ-11 и бета-радиометр «Комета-М». Измеряют радиоактивность обоих яичников и матки. При наличии опухоли или опухолевидного образования яичника регистрацию производят с поверхности его из 4—5 точек, а после удаления образования и вскрытия его — с внутренней поверхности капсулы или среза (при опухолях солидного строения) также из нескольких (5—6) точек. В случае пролиферирующих образований осуществляют радиометрию папиллярных разрастаний и участков капсулы с гладкой поверхностью. При наличии в яичнике зреющего фолли-

кула или желтого тела прицельно определяют накопление ^{32}P этими образованиями.

Применение радиофосфорной диагностики в гинекологической практике имеет особенности, которые связаны с гормональной зависимостью исследуемых органов. Циклические изменения в яичниках женщин детородного возраста, выражающиеся в закономерно повторяющемся созревании фолликулов, овуляции, образовании и функционировании желтого тела, обуславливают цикличность обменных процессов. С. С. Шифрин (1959) установил увеличение накопления ^{32}P в эндометрии в фазе секреции и в яичниках при наличии желтого тела.

При радиометрии поверхности тела матки (в области дна) обнаруживается статистически достоверное повышение накопления ^{32}P в лютеиновой фазе менструального цикла. Радионуклидное исследование зрелых фолликулов и желтых тел выявило способность их к повышенному накоплению ^{32}P .

Очевидно, высокий уровень обменных процессов, обусловленный биосинтезом стероидных гормонов в области фолликула и желтого тела, а также усиленная васкуляризация последнего являются причиной высокого накопления ^{32}P этими образованиями.

Для оценки степени накопления ^{32}P опухолями и опухолевидными образованиями внутренних половых органов необходимо выбрать контрольный участок, с радиоактивностью которого, принятой за 100 %, предстоит сравнивать радиоактивность опухоли или кисты.

И. М. Грязнова и соавт. (1977), К. В. Порай-Кошиц (1981) исчисляли накопление радионуклида в опухолях яичника по отношению к телу матки, а Ф. А. Сыроватко, А. А. Нестерова (1970) — по отношению к контралатеральному яичнику. С нашей точки зрения, такая методика расчета коэффициента накопления ^{32}P не должна применяться, поскольку накопление радионуклида в матке и яичниках, являющихся гормонально-зависимыми органами, зависит от фазы менструального цикла. Кроме того, сопутствующая миома матки и вовлечение в патологический процесс обоих яичников затрудняют исследование.

Руководствуясь этими соображениями, мы в своей работе применили отличающийся от использованных ранее метод расчета коэффициента накопления радионуклида фосфора [Зорина Н. И., 1984]. Указанный коэффициент исчисляли по отношению к радиоактивности париетальной брюшины, которую принимали за 100 %. Исследование не назначали в дни, соответствующие овуляции, так как зрелый фолликул и желтое тело, обладающие способностью к высокому накоплению ^{32}P , могли повлиять на результаты радиометрии. Соблюдение указанных сроков приобретает особое значение в случае овариальных образований небольшого размера.

Наиболее высоким накоплением ^{32}P характеризуются злокачественные опухоли. Следует отметить, что имеется существенная

разница в радиоактивности поверхности опухоли и ее среза (коэффициент накопления), которая составляет соответственно $177,0 \pm 25,6$ и $731,0 \pm 130,0$ %. Такая же зависимость прослеживается при изучении гормонопродуцирующих и доброкачественных пролиферирующих опухолей.

5.8. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Внедрение в практику компьютерного томографического исследования является крупным достижением современной медицины.

Сущность метода заключается в том, что во время остановок рентгеновского луча излучателя при его перемещении вокруг обследуемого тонкий коллимированный пучок рентгеновского излучения падает на исследуемый слой тела с многочисленных направлений.

При прохождении через ткани различной плотности в процессе образования томограмм интенсивность первичного пучка ослабляется, что регистрируется высокочувствительными детекторами на каждом направлении. Полученный таким образом массив информации, состоящий из суммы коэффициентов поглощения лучей тканями, вводят в память ЭВМ, что позволяет оценивать местное значение поглощения в каждой точке исследуемого слоя. Различные органы и ткани человека в неравной степени поглощают рентгеновские лучи и, следовательно, имеют различные значения коэффициента поглощения. По соотношению этих коэффициентов нормальных и измененных тканей можно судить о наличии патологического процесса.

За ноль принимают величину коэффициента поглощения водой. В настоящее время разработан коэффициент абсорбции для каждого органа и ткани в норме и при патологических изменениях, который измеряется в единицах Хаунсфильда.

С помощью компьютерной томографии можно получать томограммы, т. е. продольное изображение исследуемой области, реконструировать срезы и исследовать тонкий срез в любой заданной плоскости. Компьютерная томография дает пространственное изображение или вернее представление об исследуемом органе или патологическом очаге. Полученные изображения не накладываются друг на друга, компьютерная томография дает лишь те детали, которые находятся в плоскости определенного слоя. Компьютерная томография дает количественную информацию о плотности определенного слоя, что позволяет судить относительно характера поражения. Даже при коэффициенте плотности, отличающемся на 1 %, компьютер определяет эту разницу, а последние модели компьютеров улавливают еще меньшую разницу плотностей ткани — до 0,1 %.

Лучевая нагрузка при 90 срезах равна в области томографирования всего лишь 0,07 рад, а на расстоянии 1 см за пределами сканируемой области — 0,001 рад. Лучевая нагрузка на

пациента при проведении исследования практически не выше, чем при любом другом рентгенологическом исследовании.

Для усиления изображения и увеличения разрешающей способности метода внутривенно вводят рентгеноконтрастные вещества, в результате чего плотность поглощения рентгеновских лучей возрастает. Методику усиления используют для дифференциации диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований.

Накануне исследования больной ставит очистительную клизму. За 2—3 ч до исследования больная выпивает 20 мл йодсодержащего препарата (урографин, верографин) для обозначения терминальных отделов мочевого пузыря и толстой кишки, не следует мочиться в течение 3—4 ч. Непосредственно перед компьютерной томографией во влагалище вводят тампон для ориентировочного контурирования шейки матки, а в прямую кишку с помощью резиновой груши накачивают до 100 мл воздуха.

Исследование проводят в положении больной на спине, полуголодно от нижнего края лонного сочленения до ости подвздошной кости.

5.9. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

5.9.1. ГИСТЕРОСКОПИЯ

Впервые попытка осмотра внутренней поверхности матки была сделана в 1869 г. Pantaleoni с помощью прибора типа цистоскопа. В дальнейшем метод гистероскопии продолжал совершенствоваться. В последнее десятилетие с целью уточнения характера внутриматочной патологии и оперативных манипуляций во многих клиниках мира нашел широкое применение метод гистероскопии. Большинство авторов указывают на высокую диагностическую ценность этого метода для выявления злокачественных процессов слизистой оболочки матки, подслизистых миоматозных узлов, гиперплазии и полипов эндометрия, аномалий развития матки, остатков плодного яйца, внутриматочных синехий, аденомиоза. Кроме того, гистероскопия является не только ценным высокоинформативным методом диагностики, но может быть использована и с лечебной целью для удаления этих образований.

В настоящее время наиболее широко применяют контактную, газовую и жидкостную гистероскопию.

При жидкостной гистероскопии растяжение полости матки осуществляется непрерывным введением изотонического раствора хлорида натрия, благодаря чему обеспечиваются хорошая видимость и возможность внутриматочных манипуляций, фотографирования гистероскопической картины. Устраняется такое осложнение, как газовая эмболия при использовании воздуха и углекислого газа.

Оптимальные условия для проведения внутриматочных ма-

нипуляций имеются в фазе пролиферации, так как тонкий эндометрий не препятствует осмотру патологических образований и доступу к ним.

5.9.2. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ

Лапароскопия — осмотр брюшной полости через переднюю брюшную стенку.

Показаниями к лапароскопии являются необходимость дифференциальной диагностики опухолей матки и придатков, опухолей и опухолевидных образований придатков матки воспалительной этиологии, подозрение на склерокистозные яичники, внутренний эндометриоз, аномалию развития внутренних половых органов, а также уточнение причин бесплодия и более неясной этиологии.

Экстренными показаниями к лапароскопии считаются необходимость дифференциации острых хирургических и гинекологических заболеваний: острого аппендицита, подозрения на разрыв пиосальпинкса или кисты яичника, апоплексию яичника, трубную беременность (прогрессирующую или протекающую по типу трубного аборта), перфорацию матки.

Противопоказаниями к лапароскопии служат декомпенсация сердечной деятельности, легочная недостаточность, инфекционные заболевания, общее тяжелое состояние, гипертония, метеоризм, тяжелые неврозы, менструации и беременность, обширные спайки в малом тазе.

Если вопрос о необходимости оперативного вмешательства решен и лапароскопия не изменит лечебную тактику, то проводить ее нецелесообразно.

Исследование может быть выполнено отечественным лапароскопом ЛВС-1, выпускаемым заводом «Красногвардеец», или лапароскопом любой другой фирмы.

Современные лапароскопы, несмотря на различную форму и комплектацию, не имеют принципиальных различий. Источник света располагается в отдельном корпусе, и свет к оптической системе лапароскопа передается по фиброволоконным световодам. Лапароскопы могут быть смотровыми и операционными, предназначенными для эндоскопической хирургии.

Лапароскоп ЛВС-1 используется с источником света ОС-100 мощностью 100 Вт и ОС-250 мощностью 250 Вт; последний позволяет производить эндофотографию. Оптическая система дает прямое изображение с пятикратным увеличением и точной светопередачей. Свет от источника поступает в оптическую систему по фиброволоконному световоду длиной 150 см, диаметром 3,5 мм. В лапароскопический набор входят приборы и инструменты (иглы, шприцы) для наложения пневмоперитонеума, троакар для пункции брюшной полости, оптические трубки с углом наклона объектива от 0 до 90° и углом зрения 135°.

Эндоскопическое оборудование можно стерилизовать различ-

ными способами. В растворе диоксида концентрации 1 : 5000 стерилизуют металлические части лапароскопа — пинцеты, зажимы, шприцы, манипуляторы, скальпель и др. Оптические системы эндоскопов стерилизуют в термостате или колбе, заполненной диоксидом или 96 % этиловым спиртом. Стерилизацию можно проводить в герметичной камере, в которую помещен открытый сосуд со смесью 40 % раствора формалина и сухого хлорамина в соотношении 1 : 1; экспозиция 30 мин.

К лапароскопии больную готовят так же, как к чревосечению. Исследование проводят в операционной под различными видами обезболивания. Для проведения процедуры больную укладывают на операционный стол. Переднюю брюшную стенку обрабатывают так же, как перед полостной операцией, и обкладывают стерильными простынями.

Перед лапароскопией показано наложение пневмоперитонеума, так как прежде всего необходимо создать пространство для обзора. В брюшную полость вводят около 2 л кислорода, углекислого газа или закиси азота. Введение газа сопровождается заметным увеличением объема живота, складка на талии сглаживается. Брюшная полость должна быть так сильно заполнена газом, чтобы при введении троакара исключалась опасность ранения органов брюшной полости вследствие сжатия их между брюшной стенкой и позвоночником.

Затем больную переводят в положение Тренделенбурга. Скальпелем делают надрез кожи длиной 0,5 см, через который в брюшную полость вводят троакар. Его направляют косо спереди по направлению к лону. Значительным препятствием для троакара является апоневроз, особенно у молодых женщин, занимающихся спортом и физическим трудом. Второе менее выраженное препятствие на пути движения троакара — париетальная брюшина. В настоящее время прокол брюшной стенки чаще производят через пупок, где, как известно, кожа непосредственно сращена с брюшиной. Манипулятор вводят через дополнительное отверстие на передней брюшной стенке. При удалении стилета через гильзу троакара с характерным шипящим звуком выходит газ. Это является признаком того, что троакар находится в брюшной полости. Через гильзу троакара вводят оптический прибор, после чего включают осветительную систему и производят осмотр органов малого таза.

Перед исследованием в полость матки вводят полый зонд, фиксируемый на шейке матки вакуумным колпачком. При помощи этого зонда матка во время осмотра смещается во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Канал внутри зонда может служить для введения красителя, т. е. хромосальпингоскопии. В отсутствие зонда возможно смещение матки рукой, введенной во влагалище. Для введения зонда ноги больной укрепляют на ногодержателях. Женщине придают такое же положение, как для влагалищной операции.

Изменение положения матки с помощью зонда, введенного

в ее полость, позволяет осмотреть маточно-прямокишечное и маточно-пузырное пространства, крестцово-маточные связки, нижние полюсы яичников и маточные трубы на всем протяжении. При наличии спаечного процесса в малом тазе, затрудняющего осмотр внутренних половых органов, необходимо использовать манипулятор, который вводят через операционный канал лапароскопа или дополнительный троакар. С его помощью можно сместить петли кишечника, сальник, маточные трубы, червеобразный отросток, что улучшает условия обзора органов малого таза и брюшной полости.

Для правильной ориентации в брюшной полости прежде всего находят матку. Затем, поворачивая прибор в стороны, можно хорошо рассмотреть яичники и маточные трубы на всем их протяжении. Наряду с этим хорошо видны спайки, аномалии развития матки и придатков, миомы, кистомы и другие патологические изменения, червеобразный отросток.

Эндоскопическое исследование весьма эффективно при дифференциальной диагностике опухолей матки и придатков. Во время осмотра при подбрюшинных миоматозных узлах видны матка с гладкой ярко-розовой поверхностью и множественные миоматозные узлы, которые несколько бледнее, чем матка. При наличии кисты яичника обычно хорошо видно образование серого или голубоватого цвета с прозрачным содержимым, круглой или овальной формы, располагающееся в области придатков матки. Паровариальная киста представляет собой образование голубоватого цвета, с распластанной на нем маточной трубой, рядом обычно виден неизмененный яичник.

Большое значение приобрела эндоскопия в диагностике эндометриoidных кист и малых форм эндометриоза. При последнем заболевании можно видеть характерные сине-багровые точки. Эндометриoidные кисты выявляются как плотные образования с неровной поверхностью и коричневатыми наложениями.

С помощью эндоскопии можно диагностировать опухоли яичников небольших размеров, не определяемые пальпаторно.

При склерокистозных яичниках изредка обнаруживаются спайки в малом тазе, затрудняющие осмотр. Обычно в таких случаях хорошо видна матка ярко-розового цвета, занимающая срединное положение. Яичники с обеих сторон увеличены до размеров крупной сливы или куриного яйца, имеют белесоватую блестящую поверхность и характерный перламутровый оттенок.

Эндоскопическое исследование весьма эффективно при уточнении диагноза трубной беременности. При этом видна расширенная маточная труба сине-багрового цвета, нередко с участками кровоизлияний.

После осмотра органов малого таза проводится ревизия всех доступных осмотру органов брюшной полости: печени, желудка, сальника, кишечника.

После окончания осмотра прибор удаляют. Газ через гильзу

троакара выходит из брюшной полости. На разрез кожи накладывают шов.

Осложнения при лапароскопии могут быть связаны с наркозом, наложением пневмоперитонеума, введением троакара в брюшную полость, манипуляцией во время самого исследования и инфекцией брюшной полости. При введении троакара в брюшную полость может произойти ранение сосудов передней брюшной стенки (что исключается при введении троакара через пупок), сальника, брыжейки кишечника и стенки кишки (при наличии спаек ее с передней брюшной стенкой). В этих случаях показаны операция и устранение дефекта. Осложнения при лапароскопии связаны, как правило, с техническими погрешностями в проведении процедуры.

5.9.3. кульдоскопия

Кульдоскопия — осмотр органов малого таза эндоскопом, введенным через задний свод влагалища. Показания те же, что и к лапароскопии.

К противопоказаниям, которые указаны выше, следует добавить расположение опухолей низко в прямокишечно-маточном углублении, наличие там спаек и сращений, а также вагиниты и изменения влагалища в пожилом возрасте.

Кульдоскопию производят с помощью смотрового лапароскопа. Исследование выполняют в коленно-грудном положении больной. При таком положении таз приподнимается над бедрами, живот расслаблен и висит, органы брюшной полости располагаются ближе к диафрагме. Внутрибрюшное давление под диафрагмой увеличивается, а в малом тазе уменьшается. При этом положении влагалище растягивается и его слизистая оболочка утрачивает складчатость. Давление в желудке и верхней половине брюшной полости увеличивается, в то время как в прямой и сигмовидной кишке снижается. Слизистая оболочка заднего свода влагалища и брюшина прямокишечно-маточного углубления близко прилегают друг к другу, что создает оптимальные условия для пункции заднего свода. Во время пункции в брюшную полость в силу возникшего там отрицательного давления засасывается воздух (до 1500 мл).

При коленно-грудном положении больной осматривают органы малого таза.

Кульдоскопию проводят в перевязочной или малой операционной с соблюдением правил асептики и антисептики. Вначале в положении больной на спине обрабатывают наружные половые органы и влагалище. Шейку матки обнажают в зеркалах и захватывают заднюю губу пулевыми щипцами. В боковые влагалищные своды вводят по 10—20 мл 0,25 % раствора новокаина. Затем больную переводят в коленно-грудное положение

(пулевые щипцы с шейки матки не снимают). Зеркалом, введенным во влагалище со стороны промежности, обнажают задний свод. Подтягиванием за пулевые щипцы несколько низводят шейку матки. При этом в центре заднего свода появляется ладьевидная ямка, через которую в брюшную полость вводят толстую иглу. Можно пользоваться иглой для переливания крови, захватив ее корнцангом таким образом, чтобы он вместе с иглой составлял прямую линию. При прохождении иглы в брюшную полость туда с характерным свистом проникает атмосферный воздух. По ходу иглы скальпелем надрезают задний свод влагалища. Через надрез в брюшную полость вводят троакар, а затем оптический прибор.

При осмотре органов малого таза прежде всего находят заднюю поверхность матки, которая имеет характерную шаровидную форму и ярко-розовую поверхность. После этого, вращая прибор, отыскивают трубные углы и яичники. Вид образований, которые можно видеть при кульдоскопии, тот же, что и при лапароскопии.

После окончания осмотра прибор удаляют. Положив больную на спину, ее просят сделать глубокий вдох и потужиться, чтобы из брюшной полости вышло больше воздуха. Затем извлекают троакар. Зашивать разрез в заднем своде влагалища нет необходимости.

По показаниям после окончания эндоскопического исследования осуществляют рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума. Для этого в брюшную полость дополнительно вводят около 500 мл газа.

Неудачи и осложнения при кульдоскопии часто зависят от технических погрешностей. Как уже было указано, место пункции заднего свода влагалища должно находиться примерно посредине между шейкой матки и прямой кишкой. Троакар может пройти через слизистую оболочку и фасцию влагалища, а затем скользить вдоль брюшины кзади или (чаще) кпереди. Если пункцию заднего свода производить ближе к шейке матки из опасения перфорировать прямую кишку, то конец троакара попадает в ретроцервикальное пространство. Если прямая кишка, фиксированная спайками к задней поверхности матки, оказывается на пути вводимого в брюшную полость троакара, то она может быть ранена. Ранения прямой кишки обычно располагаются экстраперитонеально и заживают самопроизвольно.

При наличии кровотечения из влагалищной ранки на нее следует наложить шов.

Осложнения, которые могут возникнуть при лапароскопии и кульдоскопии, свидетельствует о том, что эти процедуры должны выполнять только опытные специалисты в условиях стационара. Врач, проводящий эндоскопическое исследование, должен быть хорошо знаком с техникой, показаниями и противопоказаниями к его проведению.

В настоящее время большинство исследователей предпочита-

ют кульдоскопии лапароскопию. Использование лапароскопов с манипуляторами и операционными приставками значительно расширило возможности этого исследования.

5.10. МОРФОМЕТРИЯ

С целью ретроспективной оценки особенностей гормональных соотношений в периоде полового созревания и более полной характеристики преморбидного фона используется морфометрическое исследование по методике Декура и Думика (1950).

С помощью ростомера, тазомера и сантиметровой ленты определяют пять размеров:

А — окружность грудной клетки (во время выдоха) под молочными железами, на уровне сочленения грудины и мечевидного отростка; В — высоту большого вертела бедра от пола; С — рост; D — расстояние между большими вертелами бедер; Е — расстояние между плечевыми костями (плечами) на уровне больших бугорков.

После нанесения полученных значений всех пяти параметров на специальную шкалу вычерчивают морфограмму, характеризующую особенности телосложения больной.

Можно пользоваться так называемой женской шкалой, на которой идеальная морфограмма женщины ростом 161 см представляет собой прямую линию. Эта шкала наиболее удобна, так как дает возможность регистрировать любые отклонения морфотипа от нормы.

При трактовке морфограмм необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. Соотношение роста и высоты большого вертела бедра от пола определяет в известной степени возрастную принадлежность (короткие ноги при детских пропорциях). При обследовании взрослых женщин соотношение этих параметров приобретает иное значение. Увеличение длины нижних конечностей (параметр В) при высоком росте свидетельствует о замедлении процесса окостенения эпифизов длинных трубчатых костей вследствие эстрогенного дефицита — «евнухоидный» тип телосложения.

2. Относительное уменьшение параметра В свидетельствует о раннем закрытии зон роста в длинных трубчатых костях вследствие избытка андрогенных или эстрогенных гормонов.

3. Соотношение битрохантерного и бигумерального диаметров определяет половую дифференциацию индивидуума (на морфограмме ход отрезка DE). Преобладание битрохантерного диаметра над бигумеральным указывает на преобладание эстрогенных влияний, обратные соотношения — на преобладание андрогенных влияний. Вычисляют битрохантерно-бигумеральный коэффициент (D/E). При идеальном морфотипе он приближается к 0,87. Увеличение коэффициента свидетельствует о гиперэстрогении, уменьшение — о гиперандрогении.

4. Соотношение между окружностью грудной клетки (А) и

бигумеральным (Е) диаметром говорит о наличии или отсутствии инфантилизма. Если точка А выше точки Е, но та и другая ниже точки роста, то наблюдаются детские (инфантильные) пропорции.

5. Одновременное увеличение окружности груди и битрохантерного диаметра свидетельствует об ожирении.

6. Увеличение окружности грудной клетки и уменьшение битрохантерного диаметра дают основание думать о вирилизации.

При трактовке морфограмм сопоставляют все пять параметров, учитывают массу тела, вычисляют битрохантерно-бигумеральный коэффициент.

Морфометрия может иметь значение при подозрении на наличие гормонопродуцирующей опухоли, особенно у девушек и молодых женщин.

Наличие гиперэстрогенных влияний может косвенно свидетельствовать о феминизирующей опухоли, андрогенный тип морфограммы — о маскулинизирующей опухоли.

Глава 6

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

6.1. СОСТОЯНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Заболевания внутренних половых органов женщины нередко вовлекают в патологический процесс мочевыделительную систему ввиду их тесной эмбриологической взаимосвязи (развитие из одного зародышевого листка). Доброкачественные новообразования половых органов нарушают нормальный пассаж мочи и их функциональную способность. Эти изменения могут длительное время клинически протекать бессимптомно и не диагностироваться с помощью лабораторных методов исследования.

Изменение функционального состояния почек и мочевых путей происходит в различной степени: от умеренного расширения верхних мочевых путей до гидронефротической трансформации, в ряде случаев с явлениями почечной недостаточности. Значение в генезе указанных нарушений имеет механический фактор, а также нейрогуморальное и гормональное влияние на мочевую систему.

В комплекс урологического обследования больных входят общий анализ мочи, проба по Зимницкому и Ребергу, биохимическое исследование крови, определение содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови и в моче, а также рентгенорадиоизотопные методы исследования: радиоизотопная динамическая скинтиграфия почек, экскреторная урография, рентгенотелеви-

зионная экскреторная пиелоуретероскопия и урорентгенинома-тография с видеозаписью на магнитную ленту, фармакоурография, микционная цистография, урофлоуметрия.

Общий анализ мочи проводят с целью установления возможного воспалительного процесса в мочевых органах. О суммарной концентрационной способности почек судят по пробе Зимницкого. Некоторые сведения о клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции дает проба Реберга. Уровень мочевины в сыворотке крови является наиболее чувствительным показателем наличия азотных шлаков, который рано начинает повышаться при нарушении функции почек. По концентрации эндогенного креатинина в плазме крови и в моче можно судить о функции почек.

С целью определения функциональной способности почек и мочевых путей может быть использована радиоизотопная динамическая скintiграфия почек. Метод позволяет определить положение почек, форму, величину, распределение в них функционирующей паренхимы и наличие патологических очагов, а также оценить выделительную способность почек, визуализировать мочеточники и мочевой пузырь.

Радиофармацевтический препарат ДТПА, меченный ^{99m}Tc , быстро и полностью выводится из кровяного русла почками, причем это обеспечивается исключительно клубочковой фильтрацией. Изучение клубочковой фильтрации позволяет выявить ранние стадии поражения почек.

Для исследования используют ^{99m}Tc -ДТПА, который вводят внутривенно. Дозу препарата рассчитывают на 1 кг массы тела; она составляет не более 1,2 мКи (1 мКи = 40 МБк). Исследование проводят на гамма-камере с использованием многоканального анализатора, являющегося одним из основных составных частей гамма-камеры, с помощью которого можно повторно воспроизвести записанную информацию с выделением на экране осциллоскопа так называемой области интереса. Этой областью являются обе почки. В процессе воспроизведения анализатор автоматически вычеркивает две кривые — ренограммы, отображающие истинное прохождение изотопа через различные участки почки и практически лишенные влияния экстраренальных факторов, нередко существенно влияющих на конфигурацию стандартных ренограмм.

Радиоизотопную динамическую скintiграфию почек проводят в положении больной сидя, так как расположение почек при этом соответствует оптимальным условиям их функционирования. Предварительная подготовка к исследованию не нужна. Сразу же после введения препарата в вену начинают записывать интенсивность излучения из исследуемой области. Гамма-излучение регистрируют, используя коллиматоры с диаметром кристалла 39 см. Информацию фиксируют, помимо контрольного осциллоскопа, на фотобумагу типа «ПолярOID», быстро получая качественное изображение различных этапов транспорта изотопа как со всей почки, так и из отдельных ее частей. О положении, форме,

величине почек судят на основании скинтиграмм. На скинтиграмме визуализируются мочеточники (при их дилатации) и контуры мочевого пузыря.

Таким образом, радиоизотопная динамическая скинтиграфия позволяет получать информацию о деятельности почек, мочевого пузыря, визуализировать мочеточники и оценивать получаемую картину с функционально-топографической точки зрения.

После определения функционального состояния почек больным с изменениями мочевой системы проводят детальное урологическое обследование с целью изучения уродинамики мочевых путей и сопоставления результатов исследования функции почек и уродинамики мочевых путей.

Состояние тонуса и кинетической способности чашечно-лоханочной системы и мочеточников определяют с помощью экскреторной урографии, рентгенотелевизионной экскреторной пиелуретероскопии и урорентгенокинематографии, которая представляет собой совокупность четырех неразрывно связанных методов: экскреторной урографии, электронно-оптического усиления, рентгенотелевидения, урорентгенокинематографии. Указанная методика позволяет выявить нормальное или патологическое состояние верхних мочевых путей.

Исследование осуществляется на урорентгенологическом столе, оснащенном электронно-оптическим преобразователем, позволяющим усиливать яркость свечения экрана в 3000 раз.

Перед введением контрастного вещества проводят обзорную рентгеноскопию области почек, мочеточников и мочевого пузыря для выявления рентгенопозитивных конкрементов, после чего в зависимости от массы тела вводят внутривенно 20—40 мл 76 % раствора урографина.

Как известно, моторная деятельность лоханки, почки и мочеточника характеризуется рядом закономерностей и представляет собой сложный координированный процесс. В верхних мочевых путях происходят постоянные изменения тонуса, частоты сокращений и давления. Рентгенотелевизионная экскреторная пиелуретероскопия и урорентгенокинематография позволяют выявлять следующие изменения в верхних мочевых путях: гиперкинезию, гипокинезию, акинезию, дискинезию, гипертонию, гипотонию, атонию.

Функциональное состояние верхних мочевых путей во время телевизионной экскреторной пиелуретероскопии оценивается на основании следующих показателей: 1) количества сокращений в минуту; 2) характера сократительной волны и амплитуды сокращений; 3) продолжительности интервалов между сокращениями; 4) наличия или отсутствия ретроградного тока мочи. В ряде случаев для оценки функциональных резервных возможностей верхних мочевых путей применяют фармакоурографию. Последняя представляет собой разновидность метода экскреторной урографии, когда вслед за введением контрастного вещества и получения достаточного изображения почек и мочевых путей вну-

тривенно вводят 20 мг лазикса. При этом более четко определяется дилатация верхних мочевых путей.

При выявлении нарушения уродинамики верхних мочевых путей с целью диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса, часто протекающего бессимптомно, осуществляют микционную цистографию. Нисходящую микционную цистографию проводят обычно одновременно с экскреторной урографией, спустя 30 мин — 1 ч после введения в ток крови контрастного вещества, когда наблюдается отчетливое контрастирование мочевого пузыря, а в верхних мочевых путях контрастного вещества почти нет. В момент мочеиспускания делают снимок, с помощью которого может быть выявлен активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Более четкое изображение мочевого пузыря удается получить с помощью восходящей микционной цистографии: в мочевой пузырь вводят 20 % раствор сергозина до отчетливого позыва на мочеиспускание.

Урофлоуметрию проводят с целью определения функционального состояния мочевого пузыря, при этом отмечается нарушение возбудимости детрузора, проявляющееся как увеличением, так и уменьшением физиологической емкости мочевого пузыря, а также сократительной способности детрузора и пузырно-уретрального сегмента. Основные их признаки — увеличение времени задержки, снижение объемной скорости потока мочи и увеличение времени мочеиспускания, зарегистрированные прибором.

Известно, что в мочеточнике нет мышечных сфинктеров, однако имеются физиологические сужения, которые функционируют по принципу сфинктеров, вследствие чего указанные сфинктероподобные перетяжки условно именуется физиологическими сфинктерами. Они располагаются в зоне лоханомочеточникового сегмента, на границе верхней и средней трети, средней и нижней трети и в интрамуральном пузырном отделе мочеточника. При цистоидном строении верхних мочевых путей происходят периодически сменяющие друг друга заполнение и опорожнение последовательно расположенных его участков. В каждом мочеточнике имеется несколько (2—4) динамических цистоидных секций, которым присущи детрузорно-сфинктерные закономерности. Корреляция тонуса между сфинктером и детрузором гарантирует опорожнение каждого цистоида мочевых путей. Наиболее высоким тонусом обладает нижний цистоид мочеточника, который защищает вышележащие отделы мочевыводящих путей и особенно почку от нарушений в корреляционной деятельности мочевого пузыря и мочеточника, когда имеется вероятность возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

С целью выявления активного пузырно-мочеточникового рефлюкса при нарушении уродинамики верхних мочевых путей проводят микционную цистографию.

Как показывают результаты исследований, при доброкачественных новообразованиях внутренних половых органов происходит нарушение функции мочевыделительной системы, проявляю-

щееся снижением функциональной способности почек, гипокинезией, гипотонией и дилатацией чашечно-лоханочной системы и мочеточников, нарушением функции мочевого пузыря, возникновением в ряде случаев пузырно-мочеточникового рефлюкса. К факторам, отрицательно влияющим на состояние почек и мочевых путей у больных с новообразованиями половых органов, следует отнести компрессию опухолью мочевыводящих путей, нарушение секреции половых стероидных гормонов (относительная гиперэстрогения), гипотонию мочевого пузыря, синдром правой яичниковой вены. Указанные факторы приводят к снижению тонуса гладкой мускулатуры чашечек, лоханок и мочеточников в условиях затрудненного оттока мочи на фоне снижения возбудимости верхних мочевых путей. Снижение тонуса с последующей гипокинезией является мерой приспособления к возникшим явлениям динамической и механической обструкции, что способствует сохранению нормального функционального состояния почек.

Охранительная реакция со стороны верхних мочевых путей при возникновении обструкции развивается следующим образом: происходит дилатация лоханки, что позволяет снизить внутрилоханочное давление и предотвратить нарушение гемодинамики почки. Дилатация лоханки сопровождается дилатацией мочеточников, вследствие чего снижается внутриуретеральное давление. Однако при длительной компрессии опухолью матки и придатков мочевыводящих путей на фоне гормонального дисбаланса происходит истощение функциональных резервных возможностей верхних мочевых путей, что ведет к нарушению нормального пассажа мочи из почек и их функциональной способности с развитием в ряде случаев гидронефротической трансформации.

При выборе методов лечения женщин с новообразованиями внутренних половых органов необходимо учитывать состояние почек и мочевых путей. Наличие у данного контингента больных дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточников в сочетании со снижением функциональной способности почек и мочевого пузыря служит одним из показаний к удалению патологического очага из половых органов с целью профилактики возникновения необратимых морфофункциональных изменений в мочевой системе.

В генезе расстройства уродинамики верхних мочевых путей имеют значение многие аспекты. Так, в начале развития патологического процесса, когда опухоль гениталий еще не достигла больших размеров, под воздействием гормонов снижается тонус мочеточника. Этим же объясняется двустороннее нарушение уродинамики при односторонней локализации овариального образования. Мочеточник, потерявший тонус, легко подвергается механическому воздействию. В расстройстве уродинамики у данного контингента больных нельзя также исключить роль правой яичниковой вены и нарушения функции мочевого пузыря.

6.2. СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

При осмотре женщины гинеколог обязан исследовать молочные железы. Практика показывает, что патология молочных желез часто сопутствует гинекологическим заболеваниям. Мы считали необходимым привести краткие сведения о гиперпластических процессах в молочных железах, часто сопровождающих опухоли и опухолевидные образования гениталий (по данным ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, почти в 70 % случаев).

В структуре заболеваемости женского населения патологические процессы молочной железы выявляются с частотой 13,5—30 %. Известно, что рак молочной железы в 2—3 раза чаще возникает на фоне гиперпластических процессов в ней. Своевременная диагностика и лечение гиперпластических процессов молочных желез имеют большое практическое значение. Часто молочные железы не осматривает ни хирург, ни гинеколог и заболевание переходит в запущенную форму.

Термином «мастопатия» принято обозначать группу дисгормональных доброкачественных заболеваний молочной железы, характеризующихся гиперплазией ее ткани.

Дисгормональные гиперплазии молочной железы разделяют на узловые (аденома, фиброаденома) и диффузные (аденоз или мазоплазия), а также аденофиброматоз кистозной и фиброзной форм (классификация С. Л. Холдина и Д. И. Головина).

По гистологической классификации ВОЗ (1984), мастопатия (дисплазия) определяется как фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов.

Наиболее частым вариантом дисгормональных гиперплазий молочных желез является мастопатия.

Наиболее распространенными методами исследования молочных желез являются их осмотр и пальпация. Пальпацию молочных желез производят в положении стоя и лежа. Обязательно на пальпация подмышечных лимфатических узлов. Необходимо обращать внимание на сосудистый рисунок, степень развития молочных желез, состояние ареолы и сосков, чувствительность при исследовании. При обнаружении узлов, уплотнений или болезненности прибегают к дополнительным исследованиям.

Рентгенологический метод исследования — маммография. При нормальной молочной железе на рентгенограмме ткань ее представляет собой зону затемнения однородной структуры, обусловленной железистой тканью. По краям эта зона окружена тонким слоем просветления, обусловленным жировой тканью. В центре железы зона затемнения более плотная за счет связок Купера.

Кистозно-фиброзная мастопатия рентгенологически характеризуется выраженной крупнопетливой перестройкой стромы, на-

личием фиброзной тяжистости. Железистый треугольник при этом имеет неровные фестончатые контуры за счет фиброзирования связок Купера. Ткань молочной железы на рентгенограмме неоднородна и представляет собой чередование просветлений округло-овальной формы и зон затемнения, обусловленных фиброзными наслоениями. Эти изменения носят диффузный характер или располагаются в виде отдельных узловатых образований. В зависимости от преобладания тех или иных процессов различают преимущественно кистозную или фиброзную мастопатию.

Фиброаденома рентгенологически представляет собой образование округлой формы с фестончатыми четко очерченными контурами, окруженное ободком просветления, обусловленным жировой тканью, что дает возможность четко визуализировать фиброаденому на окружающем фоне.

При ультразвуковом исследовании эхоструктура нормальной молочной железы характеризуется однородностью строения. Хорошо визуализируются слои молочной железы: кожа, подкожная жировая клетчатка, железистая ткань и ретромаммарная клетчатка. Выраженность подкожной жировой и ретромаммарной клетчатки варьирует в зависимости от конституциональных особенностей женщины. Фиброзная ткань имеет вид тяжей.

При кистозно-фиброзной мастопатии эхоструктура молочной железы отличается значительной неоднородностью; участки железистой ткани чередуются с многочисленными тяжистыми структурами высокой эхогенности и жировыми инфильтратами в виде зон низкой эхогенности неправильной формы, без четких границ. На фоне измененной неоднородной картины визуализируются множественные или единичные кисты.

Солитарные кисты на фоне измененной эхоструктуры железы представляют собой эхонегативные образования различных размеров, округлой формы, с четкими и ровными контурами, неоднородной структурой, наличием внутренних перегородок.

Эхоструктура железистой ткани при аденозе, аденофиброматозе характеризуется однородностью строения. Толщина железистой ткани значительно превышает аналогичный показатель, отмечаемый в норме у женщин той же возрастной группы. Выраженность подкожной жировой и ретромаммарной клетчатки варьирует в зависимости от конституциональных особенностей женщины. Фиброаденомы на эхограмме выявляются в виде образований пониженной однородной эхогенности (по сравнению с железистой тканью), правильной формы, с четкими контурами. Задняя стенка образования выражена значительно отчетливее, чем передняя и боковая.

Таким образом, ультразвуковое исследование дает возможность дифференцировать кистозные образования от солидных. В случае необходимости можно проводить многократные исследования. При пальпируемых образованиях молочной железы, если нет подозрения на малигнизацию, ультразвуковая диагнос-

тика может заменить проведение маммографий. Недостатком метода является невозможность выявления очагов обызвествления в молочной железе и ранних стадий развития рака.

В настоящее время для исследования молочных желез используется термография, в основе которой лежит возможность улавливания на расстоянии с помощью специальных оптических систем инфракрасных лучей, испускаемых человеческим телом. На экране прибора получают изображение так называемой термограммы, которая представляет собой температурный рельеф поверхности тела.

К основным патологическим признакам, которые могут быть обнаружены при термографии, относят очаговую гипертермию в виде горячего пятна, общую гипертермию одной или обеих молочных желез, что на термограммах выражается в усилении энергетической яркости и появлении множественных диффузных очагов гипертермии. Односторонняя или двусторонняя гиперваскуляризация проявляется на термограммах усилением сосудистого рисунка. Эти признаки могут иметь место при наличии фиброзно-кистозной мастопатии, кист и фиброаденом молочной железы, а также при острых воспалительных процессах и раке молочной железы. Недостатком термографии является довольно высокий процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

При необходимости цитологически исследуют отделяемое из соска.

По показаниям совместно с хирургом выполняют пункционную биопсию.

6.3. СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

При определении тактики ведения больных миомой матки и генитальным эндометриозом рекомендуется комплексное исследование функционального состояния гепатобилиарной системы. Поскольку эффективность гормонального лечения зависит от состояния поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря, желательна динамическая скintiграфия печени.

Для оценки состояния гепатобилиарной системы производят общий анализ крови, определение ферментов крови, биохимическое исследование крови, динамическую скintiграфию печени с применением короткоживущих радионуклидов, скintiграфию печени с коллоидным раствором ^{99m}Tc по показаниям.

Динамическую скintiграфию печени осуществляют на гамма-камере, сопряженной с вычислительной системой «Гамма-11». Для исследования применяют ^{99m}Tc -HIDA. При введении большим активности, равной 25 мБк, эквивалентная доза облучения на почки составляет 0,9 мЗв, на стенку желчного пузыря — 0,675 мЗв, на половые железы — 0,0875 мЗв. Исследование проводят в течение 2 ч. На 60-й минуте исследования при условии

визуализации желчного пузыря больная принимает желчегонный завтрак (2 сырых яичных желтка). Информация фиксируется в памяти ЭВМ с частотой один кадр за 62 с. Проводят визуальную и математическую обработку полученных данных. При визуальной оценке обращают внимание на месторасположение, форму и размеры печени, анатомические особенности желчных протоков, форму желчного пузыря, его контуры, зону максимального накопления. Обработка данных включает выделение зон интереса и построение математических кривых гепато-и холецистограмм, которые отражают счет импульсов во времени. В гепатохолецистограммах различают фазу поступления и фазу выведения радионуклида из печени в желчный пузырь и из желчного пузыря в кишечник.

При изучении функционального состояния гепатобилиарной системы у больных с миомой матки репродуктивного возраста выявлено, что у женщин без выраженных клинических проявлений заболевания нет достоверных отклонений биохимических показателей от нормы. У больных с миомой матки при гиперполименорее содержание общего белка снижено. Концентрация лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы выше, чем у здоровых женщин.

У больных с миомой матки, сочетающейся с генитальным эндометриозом, уменьшено содержание общего белка. Концентрация лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы выше, чем в норме. Содержание холестерина существенно не отличается от такового у здоровых женщин.

При изучении поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря установлено, что у больных с миомой матки без выраженных клинических проявлений заболевания увеличен показатель двигательной функции желчного пузыря и выведения РФП из желчного пузыря в кишечник. У больных с миомой матки при гиперполименорее достоверно увеличен период полувыведения тест-агента, уменьшен показатель K_1 .

Наиболее выраженные нарушения поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря установлены у больных с миомой матки в сочетании с генитальным эндометриозом. Отмечено достоверное увеличение временных параметров. Показатель двигательной функции желчного пузыря и процент выведения РФП из желчного пузыря в кишечник ниже, чем у здоровых женщин.

На основании проведенных исследований установлено, что у больных с миомой матки состояние гепатобилиарной системы изменяется в зависимости от длительности заболевания. У больных с миомой матки длительности заболевания до 12 мес отмечены изменение двигательной функции желчного пузыря по гиперкинетическому типу и усиление метаболических и окислительно-восстановительных реакций. По мере развития заболевания отмечается достоверное ухудшение состояния гепатобилиарной системы, что проявляется увеличением временных и уменьшением

количественных показателей поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря.

Функциональное состояние печени не зависит от величины и локализации миоматозных узлов.

Корреляционные связи между биохимическими и характеризующими поглотительно-выделительную функцию печени показателями указывают на усиление окислительно-восстановительных реакций, активацию метаболических процессов при изменении поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря по гипокинетическому типу. Однако у больных с миомой матки без выраженных клинических проявлений заболевания активация метаболических процессов в печени сопровождается усилением сократительной активности желчного пузыря.

При изучении состояния гепатобилиарной системы у больных генитальным эндометриозом наиболее выраженные изменения в состоянии печени и желчного пузыря установлены у женщин с рецидивом эндометриоидных кист яичников.

У больных внутренним эндометриозом II—III степени и эндометриоидными кистами яичников изменения поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря по гипокинетическому типу выражены меньше, чем у больных с рецидивом эндометриоидных кист яичников.

У больных с ретроцервикальным эндометриозом не обнаружено достоверных изменений гепатобилиарной системы по сравнению со здоровыми женщинами.

Таким образом, степень выраженности изменений гепатобилиарной системы зависит от локализации эндометриоза. Кроме того, у больных генитальным эндометриозом имеется зависимость между длительностью заболевания и функциональным состоянием гепатобилиарной системы. Наиболее выраженные нарушения поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря установлены при длительности заболевания более 5 лет. У таких больных наряду с изменением поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря по гипокинетическому типу имеются метаболические нарушения, проявляющиеся снижением синтеза белка, замедлением окислительно-восстановительных реакций, процессов фосфорилизации.

При скинтиграфии печени с коллоидным раствором ^{99m}Tc у всех больных установлено нормальное расположение печени, правильная форма с ровными и четкими контурами. Поглощение коллоидного раствора селезенкой находилось в пределах нормативных показателей.

Тяжелые рецидивирующие формы заболевания сопровождаются выраженными нарушениями состояния гепатобилиарной системы, проявляющимися изменением поглотительно-выделительной функции печени по гипокинетическому типу и метаболическими нарушениями.

Взаимосвязь между локализацией процесса, степенью его распространения, длительностью заболевания, его клиническим

течением и функциональным состоянием гепатобилиарной системы дает основание считать, что изменения в гепатобилиарной системе возникают в основном после того, как начинается основное заболевание. Это свидетельствует о возможности вторичного характера нарушений в гепатобилиарной системе.

При определении в крови концентрации половых стероидных гормонов и изучении взаимосвязи между гормональным статусом больных миомой матки и функциями печени установлено, что при содержании эстрадиола, соответствующем содержанию его у здоровых женщин, у больных достоверно увеличены время максимальной активности на область печени и период полувыведения РФП из печени. Количественные показатели выведения тест-агента печенью в желчный пузырь достоверно не изменены. При содержании прогестерона меньшем, чем соответствующие показатели у здоровых женщин, выявлено достоверное увеличение процента выведения РФП из желчного пузыря в кишечник. В случае увеличения концентрации прогестерона поглотительно-выделительная функция желчного пузыря изменяется по гипокINETическому типу.

Если концентрация эстрадиола возрастает, то уменьшается время максимальной активности над областью желчного пузыря, что свидетельствует о гипертонусе желчного пузыря при гиперэстрогении.

При сопоставлении результатов анализа гормонального статуса с состоянием гепатобилиарной системы выявляется корреляция между концентрацией половых стероидных гормонов и состоянием поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря у больных с миомой матки.

Глава 7

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Современный этап развития оперативной гинекологии характеризуется разработкой принципиально новых хирургических вмешательств, совершенствованием этапов традиционно признанных операций. Этому способствовало последовательное внедрение в оперативную гинекологию ряда достижений XX столетия в области полимерной химии, физики и техники.

Наряду с совершенствованием хирургических вмешательств были созданы новые разделы оперативной гинекологии, значительно расширившие возможности оперативного вмешательства при различных по природе и тяжести заболеваниях, тогда как раньше хирургическое лечение некоторых из них было принято считать бесперспективным. Все это привело к возрастанию зна-

чимости и улучшению результатов функциональной оперативной гинекологии.

Наиболее перспективны следующие направления в оперативной гинекологии: использование полимеров в оперативной гинекологии, микрохирургия, эндоскопическая хирургия, применение лазеров в оперативной гинекологии, электрохирургия, криохирургия и ультразвук, применение сшивающих аппаратов, использование консервированных тканей.

7.1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРОВ

Развитие реконструктивной хирургии характеризуется интенсивным поиском новых материалов, способствующих лучшему соединению и заживлению тканей, активирующих процессы репаративной регенерации оперированных органов, обладающих гемостатическими и противовоспалительными свойствами.

Более 20 лет в оперативной гинекологии используются полимерные материалы. Известны реконструктивно-пластические операции на матке с использованием тефлоновых и капроновых сеток, которые во ВНИЦОЗМиР применялись Н. Д. Селезневой и Л. С. Персианиновым. В свое время широкое распространение получили операции пластики шейки матки с использованием аллопластических материалов при хирургическом лечении шеечно-влагалищных свищей, предложенные В. И. Ельцовым-Стрелковым, а также операции при опущениях и выпадениях матки, мочеполовых и ректовагинальных свищах. Однако указанные операции в ряде случаев оказывались малоэффективными из-за отторжения полимерных материалов и вторичного заживления швов.

В последнее десятилетие с появлением новых высокомолекулярных соединений значительно расширились возможности применения различных полимерных материалов в оперативной гинекологии.

В отделении оперативной гинекологии ВНИЦОЗМиР совместно со Всесоюзным центром перевязочных, шовных и полимерных материалов в медицине Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР применяются следующие материалы: медицинские клеи (МК-7, МК-7М, сульфакрилатный), коллагеновые препараты («Камбутек-2»), дренирующие сорбенты (гелевин), тампоны из гидрогеля (поли-2-гидроксилэтилметакрилат), одно-разовые хирургические комплекты из нетканых материалов, эмболы из гидрогеля, шовные материалы (капрон, лавсан и др.).

7.1.1. МЕДИЦИНСКИЙ КЛЕЙ

Цианакрилатные клеи — рассасывающийся аллопластический материал. Процесс рассасывания клея в живом организме начинается в первые же минуты после склеивания раны и продолжается до 1 года. Основная масса продуктов метаболизма клея выводится в первые 2—3 мес.

Медицинский клей МК-7М разработан в отделе медицинских полимеров Всесоюзного научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники Минздрава СССР в 1976 г. и разрешен к применению в клинической практике Комитетом по новой медицинской технике Минздрава 24. 06. 82 г. Существуют две разновидности клея МК-7: для соединения костей и мягких тканей живого организма (МК-7М). Отечественной промышленностью (Львовский химфармзавод) осваивается серийное производство клея МК-7М. Основу его составляют мономерные эфиры альфа-цианакриловой кислоты: этоксиэтил- α -цианакрилат и этил- α -цианакрилат. Для контрастности в тканях живого организма клей имеет в своем составе краситель, обеспечивающий интенсивную зеленую окраску, — жирорастворимый зеленый антрахиновый. Клей МК-7М — однородная темно-зеленая жидкость плотностью 1,05—1,07 г/см³ и вязкостью до 15 СП (0,015 Па·с) при температуре 20 °С, растворимая в безводных органических растворителях (ацетон, ароматические углеводороды, хлористый этил, сложные эфиры).

При контакте с водными растворами клей быстро полимеризуется. Время склеивания при температуре тела человека составляет 1—2 мин. Клей МК-7М аутостерилилен, обладает местной антибактериальной активностью и является нетоксичным биологически совместимым препаратом. При нанесении на соединяемые ткани он полимеризуется с образованием пленки, склеивающей поверхности. Он подвергается постепенному рассасыванию в сроки от 1 до 6 мес в зависимости от толщины клеевой пленки, методики его применения и характера склеиваемых тканей. Преимуществами медицинского клея МК-7М по сравнению с предыдущими цианакрилатными клеевыми композициями являются высокая прочность и хорошие гемостатические свойства, образование более эластической отвержденной пленки, высокая стабильность при хранении, отсутствие выраженного гистотоксичного воздействия на ткани.

Клей МК-7М поставляется в готовом к употреблению виде в полиэтиленовых шприц-тюбиках одноразового пользования, содержащих 1 мл. Шприц-тюбик состоит из корпуса, на горловину которого навинчивается канюля с инъекционной иглой. Игла защищена колпачком. Корпус герметически запаян. Клей хранится в герметически запаянных шприц-тюбиках при температуре не выше 5 °С в течение 6 мес с момента изготовления (список Б).

Влага, находящаяся в ране, ускоряет полимеризацию клея. При избыточном количестве влаги она может быть настолько быстрой, что клеевая пленка образуется до вступления клея в контакт с тканью.

В связи с этим перед нанесением клея необходимо тщательно осушить раневую поверхность. Относительная сухость склеиваемых поверхностей может достигаться сочетанием различных способов: высушивания сухими тампонами, тампонами со спиртом, эфиром, струей воздуха или кислорода, пальцевого сжа-

тия органа, лигирования и электрокоагуляции кровоточащих сосудов, быстрого поверхностного замораживания.

Существуют следующие методы нанесения медицинского клея на склеиваемые поверхности: 1) непосредственно из ампулы; 2) с помощью кисточек и шпателей; 3) с использованием специальных аппаратов для распыления клея; 4) с помощью безыгольных инъекторов.

Широкое распространение получил метод нанесения медицинского клея непосредственно из ампулы. Капельным методом клей наносят последовательно на склеиваемые поверхности в минимальном количестве. Для гладких поверхностей считается достаточным нанесение 0,04—0,06 мл/см², для пористых требуется несколько большее количество. Оптимальным является нанесение одной капли клея на 1 см².

Для наилучшего распределения клея его наносят с помощью кисточек и шпателей, изготовленных из инертных по отношению к клею материалов. Существенными недостатками при этом являются невозможность аппликации клея равномерным слоем, обработки больших раневых поверхностей, прилипание его к ране, инструментам, перчаткам. Устранить эти недостатки позволяет распыление клея. С помощью специальных распылителей можно быстро нанести его тонким равномерным слоем на значительные площади поверхности.

Действие отечественного телескопического распылителя РТ-1 основано на том, что эвакуирующий газ, проходя через сопло, понижает давление в зоне истечения. Благодаря разности давлений клей поступает в зону истечения эвакуирующего газа и распыляется. На каждую из поверхностей напыляется два слоя клея. Этот метод нанесения клея способствует повышению прочности образующегося клеевого соединения.

Общим недостатком перечисленных методов нанесения клея является необходимость тщательной предварительной обработки раневых поверхностей, что не всегда возможно и в ряде случаев неосуществимо.

В 1972 г. был разработан новый метод нанесения клея с помощью безыгольного инъектора. Сущность его заключается в создании на раневой поверхности гемостатического инфильтрата. Инфильтрат образуется струйным безыгольным введением в ткани клея со стороны раневой поверхности. При этом часть клея вводится в толщу ткани на глубину 1—3 мм, а часть распыляется по поверхности раны. После склеивания тканей полимеризовавшийся клей представляет собой единый монолитный конгломерат сложной ветвистой формы. Таким образом, склеивание тканей, обусловленное физико-химическими процессами, усиливается и механической фиксацией. Нанесение клея безыгольным инъектором может быть применено для склеивания тканей и остановки кровотечения; при этом не требуется предварительного тщательного осушения раневой поверхности.

Оптимальным и эффективным является нанесение клея с по-

мощью инжектора «Пчелка». Безыгольный инжектор БИ-1 «Пчелка» (СССР) представляет собой малогабаритный однорежимный многозарядный инжектор автономного типа с ручным встроенным приводом. Масса инжектора 250 г, габаритные размеры $219 \times 83 \times 36$ мм (рис. 7.1). Стерилизацию инжектора осуществляют путем холодной химической стерилизации в парах формалина.

Инъекции производят следующим образом: сопло инжектора приближают к раневой поверхности на расстояние 5—25 мм (при необходимости нанесения клея на матку — на расстояние 5—10 мм, на яичник — 15—20 мм, на параметрий или брюшину — 20—25 мм). Продольную ось инжектора располагают перпендикулярно либо под углом к плоскости раневой поверхности. После осушивания раны производят прицельную инъекцию.

Биологический клей МК-7М используют при различных гинекологических операциях.

При консервативной миомэктомии после восстановления целостности стенки матки на линию швов с целью их укрепления и герметизации медицинский клей МК-7М наносят безыгольным инжектором (рис. 7.2). Частично внедряясь в миометрий и полимеризуясь на швах и прилежащих участках матки, клей надежно и герметично закрывает их, образуя единый монолитный шовно-клеевой конгломерат. При этом достигается окончательный гемостаз, так как нередко в месте прокола иглой стенки матки возникает кровотечение, требующее дополнительного наложения швов. Можно значительно уменьшить число швов, накладываемых с целью перитонизации, так как клеевая пленка герметично и полностью закрывает края разрезов.

В ряде случаев, помимо нанесения клея на область швов, можно перитонизировать их приклеенной брюшиной пузырно-маточной складки либо свободным лоскутом резецированного сальника.

Использовать брюшину пузырно-маточной складки в том случае можно, если узлы располагаются на передней стенке матки низко, под пузырно-маточной складкой. После рассечения этой складки и отсепаровки мочевого пузыря книзу узлы миомы вылушивают, раневые поверхности зашивают кетгутowymi нитями. Клей наносят на область швов. Через 1—2 мин (время полимеризации клея) пузырно-маточная складка прочно соединяется с маткой, полностью закрывая область швов.

При дополнительном закрытии швов на матке свободным лоскутом сальника резецируют участок большого сальника необходимых размеров и наматывают его на браншу зажима. Клей инжецируют в области швов. Одновременно к клеевым пломбам быстро прижимают постепенно разматываемый сальник. Последний фиксируют в таком положении 1—2 мин.

Для укрепления и герметизации линии швов на культе шейки матки после надвлагалищной ампутации можно использовать медицинский клей МК-7М. После обработки культи шейки матки и ушивания сосудистых пучков и культи безы-

Рис. 7.1. Инъекция безыгольным иньектором.



Рис. 7.2. Нанесение клея на линию швов при консервативной миомэктомии.

гольным инъектором наносят на швы клей МК-7М. Клеевая пленка надежно и герметично закрывает швы и прилежащие культы сосудистых пучков. Используя клей МК-7М, укрепляют и герметизируют линию швов на культе шейки матки, достигая полного гемостаза.

Во время экстирпации матки при разделении обширных сращений половых и соседних органов может возникнуть капиллярное кровотечение, особенно в области крестцово-маточных связок, прямокишечно-маточного углубления и париетальной брюшины боковых стенок малого таза, из параметральной, параректальной, паравезикальной клетчатки. Медицинский клей МК-7М наносят модифицированным безыгольным инъектором на кровоточащие раневые поверхности. Для наилучшего доступа к месту нанесения клея пользуются удлиняющими насадками — прямыми и изогнутыми. Гемостатический эффект наступает непосредственно после инъекций.

Эффективно использование клея при резекции яичников. На границе между опухолью или опухолевидным образованием и сохранившейся тканью яичника производят разрез и удаляют опухоль. В случаях очаговой стромальной гиперплазии, поликистозных яичников после их клиновидной резекции осуществляют бесшовное соединение раневых поверхностей по следующей методике.

По краям раны яичника накладывают лигатуры-держалки. С обеих сторон на раневые поверхности безыгольным инъектором наносят клей. Края раны сближают и сопоставляют пинцетом; в таком положении их удерживают 1—2 мин. Поверх соединенных краев раны вновь наносят клей, захватывая прилежащие участки (5 мм). При этом достигаются хороший гемостатический эффект и прочное соединение ткани яичника, не требующее дополнительного наложения швов. Эта методика имеет значительное преимущество перед лигатурным способом соединения. Она менее травматична, проста в выполнении, обеспечивает надежный гемостаз и прочное соединение ткани яичника. Клеевая герметизация линии швов на яичнике в случаях его повышенной кровоточивости помогает быстро достичь полного гемостаза без дополнительного наложения швов.

С помощью клея может быть осуществлено бесшовное соединение листков широких связок после удаления паровариальных кист. После вылущивания кисты 2—3 инъекциями клея производят гемостаз в ложе кисты. Пинцетом сближают рассеченные края листков широких связок и, нанося клей, постепенно соединяют листки брюшины, фиксируя их на 1—2 мин. Листки широких связок соединяются без свободных пространств между ними и хорошо удерживаются клеевой пленкой. На все манипуляции по клеевому соединению листков широких связок требуется 5—7 мин.

Эффективно применение клея во время влагалищных операций.

При пластике промежности после выкраивания и отсепаровки лоскута влагалища обнажается обширная раневая поверхность. При этом нередко имеет место капиллярное или венозное кровотечение, особенно при наличии варикозно-расширенных вен около прямой кишки. Раневую поверхность осушают и осуществляют клеевой гемостаз. При наложении швов на промежность их укрепляют инъекциями клея.

При биопсии шейки матки ткань шейки матки иссекают в виде клина с основанием шириной 0,5—1 см в пределах здоровой ткани. В канал шейки матки вводят маточный зонд. На рану шейки матки инъектором наносят клей. Этого достаточно для полного гемостаза и герметичного закрытия раневой поверхности.

Пластика шейки матки с использованием клея производится следующим образом. Шейку матки обнажают зеркалами и низводят. Канал шейки матки расширяют при помощи расширителей Гегара до № 9—10. При наличии шеечно-влажалищного свища шейку матки рассекают от свища до наружного зева. Последняя приобретает вид, схожий с деформированной шейкой при ее разрывах. Шейку матки расслаивают на два лоскута — наружный и внутренний. Внутренний лоскут образуется отсепарированным эндоцервиксом с тонким слоем подлежащих тканей. На расширителе Гегара кетгутowymi швами без прокальвания слизистой оболочки формируют канал шейки матки. После этого на вновь образованную часть шейки безыгольным инъектором наносят клей. Наружным лоскутом обертывают сформированный канал и фиксируют его по краям разрезов влагалищной части шейки матки. Клеевая пленка в толще шейки матки надежно удерживает и герметизирует внутренний ряд швов. Одновременно нанесением клея производится окончательный гемостаз, что ликвидирует возможность образования гематом в толще шейки матки. Поверх наружных швов на влагалищной части шейки матки при наличии повышенной кровоточивости дополнительно наносят клей.

Во время операций на наружных половых органах, влагалище, по поводу прямокишечно- и пузырно-влажалищных свищей клей позволяет укрепить кожные швы, швы на прямой кишке и мочевом пузыре. Клеевое укрепление и герметизация швов в этих случаях уменьшают риск развития несостоятельности швов и возникновения рецидива заболевания, облегчают проведение гемостаза.

Послеоперационный период у больных, перенесших операции с использованием клея, протекает благоприятно. При клеевом гемостазе кровотечений не возникает, что объясняется как механическим закрытием сосудов, так и выходом акцелератов свертывания крови в сосудистое русло. Нагноения в месте аппликации клея не наблюдается.

Укрепление швов клеем может быть неэффективным в случаях сильного натяжения тканей с выраженными рубцовыми изменениями и нарушенной трофикой, а также если не учитывают-

ся анатомо-топографические особенности тканей. Рациональная оперативная техника в таких ситуациях обеспечивает успех применения клея.

Применение медицинского клея МК-7М рекомендуется для облегчения работы хирурга-гинеколога. Проведение гинекологических операций с использованием клея упрощает методику, сокращает время их выполнения и операционную кровопотерю. Медицинский клей МК-7М показан для укрепления и герметизации швов, остановки кровотечения и бесшовного соединения тканей половых органов.

Противопоказаний к применению клея нет.

7.1.2. КОЛЛАГЕНОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ

В последние годы большое внимание уделяется рассасывающимся материалам, которые, выполняя функцию временного направляющего каркаса для регенерации, постепенно замещаются собственными тканями организма. В результате многолетних исследований по применению препаратов из коллагена (гемостатическая губка и др.) возникло представление, что ускорение роста соединительной ткани происходит в результате стимулирующего влияния продуктов распада коллагена.

Основанием для применения коллагенового препарата «Камбутек-2» в оперативной гинекологии явились следующие свойства этого нового пластического материала: стимуляция процессов репаративной регенерации собственных тканей организма, гемостатический эффект, значительная абсорбция раневого экссудата, способность образовывать комплексы с биологически активными веществами (антибиотики, антисептики и др.) в отсутствие токсических канцерогенных свойств и иммунной реакции организма.

Коллагеновый препарат «Камбутек-2» в виде губки разработан лабораторией перевязочных, шовных и полимерных материалов в медицине Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР совместно с ВНИИ мясной промышленности Министерства мясо-молочной промышленности СССР.

«Камбутек-2» представляет собой реконструированный коллаген с небольшими (до 1,5 %) добавками лекарственных антисептических, дубящих и других веществ. «Камбутек-2» — комбинированный препарат животного происхождения, пористой структуры, выпускающийся в виде пластин светло-коричневого или бежевого цвета. По данным сканирующей микроскопии и поляризационной микроскопии на тонких срезах поверхность «Камбутека-2» неровная и шероховатая, пористая (размер пор от 10 до 100 мкм). При контакте с жидкостью он поглощает большое количество ее.

В отделении оперативной гинекологии ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР «Камбутек-2» применяют с целью стимуляции регенерации тканей гнойных ран, как гемостатическое средство,

если наложение швов представляет значительные технические трудности, а также во время операций: при чревосечениях с целью гемостаза в области параметрия и в качестве дополнительной перитонизации десерозированных поверхностей при консервативной миомэктомии и обширных дефектах брюшины. Кроме того, «Камбутек-2» используют при операции кольпопоза в тех случаях, когда выполнить одноэтапный брюшинный кольпопоз невозможно или нецелесообразно (при комбинированных пороках развития половых органов, тяжелой экстрагенитальной патологии и др.).

Последовательность этапов заживления раны можно представить следующим образом: очищение раны, пролиферация фибробластов и капилляров, накопление гликозаминогликанов, биосинтез коллагена и фибриллогенез, созревание коллагеновых волокон, созревание рубца.

Биосинтез коллагена начинается на 2—3-й день после операции. Сначала формируются незрелые аргирофильные волокна, которые затем превращаются в более грубые функциофильные коллагеновые волокна. В дальнейшем (с 10-го дня) происходит формирование пучков из коллагеновых волокон и грануляционная ткань превращается в плотную рубцовую. При наступлении фазы рубцевания одновременно происходит значительное уменьшение раны (контракция) в основном не за счет эпителизации дефекта, а за счет стягивания краев раны рубцом и миграции кожи. «Камбутек-2» дает значительный стимулирующий эффект на всех этапах заживления ран, особенно во II фазе — в период созревания грануляционной ткани, синтеза гликозаминогликанов и коллагена, фибриллогенеза и формирования зрелых коллагеновых волокон.

Препарат прикладывают ко всей раневой поверхности в виде аппликаций в один слой, пористой стороной к ране. При наличии глубоких полостей пластинкой «Камбутека-2» выстилают всю полость. Предварительно пластины перфорируют. Через 24 ч необходимо произвести повторную обработку раны антисептиками и на сухую поверхность вновь наложить коллагеновый препарат. Эту процедуру надо повторять вплоть до полного заживления и эпителизации раны. В случаях «прилипания» «Камбутека-2» к раневой поверхности последнюю не промывают, лишь на непокрытые участки накладывают свежий коллаген. Состояние раны оценивают по наличию краевой и островковой эпителизации, характеру грануляционного покрова и отделяемого.

В самой коллагеновой губке наблюдается резорбция коллагена инфильтрирующими его нейтрофилами и макрофагами при одновременном освобождении связанных с «Камбутеком-2» лекарственных веществ (антисептики, гемостатические средства), оказывающих антимикробное и стимулирующее воздействие на ткань. Перечисленные свойства препарата являются основанием для использования его при лечении генитальных свищей, образовавшихся вследствие осложнений операций.

«Камбутек-2» используют и при выполнении реконструктивно-пластических операций у больных с аномалиями развития матки и влагалища для выстилки искусственно образованного «тоннеля» между мочевым пузырем и стенкой прямой кишки.

Опыт использования отечественного коллагенового препарата «Камбутек-2» в оперативной гинекологии позволяет считать его высокоэффективным биологическим средством для лечения ран во II фазе, после влагалищных операций для стимуляции заживления стенок влагалища и тканей промежности. «Камбутек-2» способствует заживлению генитальных свищей. Препарат дает гемостатический эффект. Он может быть использован при паренхиматозном кровотечении из обширных десерозированных поверхностей брюшной полости и параметрия, может явиться средством выбора в связи с невозможностью или опасностью наложения швов (при болезнях крови, связанных с нарушением различных звеньев гемостаза).

7.1.3. ДРЕНИРУЮЩИЕ СОРБЕНТЫ

Несмотря на значительные успехи в хирургии, нагноение швов наблюдается как после чревосечений, так и после влагалищных операций.

Эффективность лечения этих осложнений зависит от фазы воспалительного процесса, при которой начата терапия. Помимо общих методов лечения — медикаментозных, физических, оказывающих противовоспалительное, антибактериальное действие, стимулирующее влияние на иммунокомпетентную систему организма, необходимым условием терапии является местное лечение гнойных ран.

В последние годы с целью увеличения впитываемости сорбционных материалов используют водонабухающие сорбенты на основе частично сшитых и привитых сополимеров поливинилового спирта, полиакрилата, полиэтиленоксида, эфиров целлюлозы. Основными функциональными свойствами сорбентов такого класса являются набухаемость в воде, физиологических жидкостях и осмотическая сила относительно воды, которая обеспечивает снятие отека, но предотвращает обезвоживание клеток тканей. Последнее свойство определяется в основном химической природой полимера.

В качестве сорбента нами был использован гелевин, разработанный лабораторией перевязочных, шовных и полимерных материалов в медицине Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР совместно с объединением «Пластполимер» на основе частично сшитого водонабухающего полимера поливинилового спирта. Гелевин представляет собой порошок с частицами размером от 0,05 до 0,63 мм, обладающий высокой сорбционной способностью. При контакте с жидкой средой гелевин превращается в гель. Максимум сорбции приходится на первые 10 мин, после чего устанавливается состояние динамического равновесия,

которое сохраняется до тех пор, пока гель контактирует с жидкой средой.

Гелевин целесообразно применять после гинекологических операций при нагноении раны на передней брюшной стенке, перикюльтитах после абдоминальной и влагалищной экстирпации матки, расхождении швов на промежности, стенках влагалища и шейке матки после пластических операций по поводу свищей и старых разрезов, после операции кольпопозза. Препарат используют в виде влагалищных тампонов.

Применение гелевина в I фазе раневого процесса заметно ускоряет процесс очищения ран от некротических тканей и способствует быстрому образованию грануляционной ткани. Особенно благоприятно протекает раневой процесс при комбинации препарата с ферментами, антибиотиками, антисептиками. Заполнение дефекта тканей происходит на 6—8-е сутки, полное заживление ран через 14—16 сут.

В процессе обработки раны гелевином нами выявлен выраженный гемостатический эффект препарата. Так, после отторжения некротического налета на культе влагалища у одной из наблюдавшихся нами больных имело место кровотечение из культи на довольно большом протяжении. Обработка обычными гемостатическими средствами (в том числе применение губки, тампонирование) не дала эффекта. Введение гелевина остановило кровотечение в течение 3—6 мин. Аналогичная ситуация имела место в другом случае при отторжении струпа после конизации шейки матки. В описанных наблюдениях массивные кровотечения были обусловлены заболеваниями крови (болезнь Верльгофа).

Медико-биологические исследования показали, что гелевин сорбирует белки, кровь, экссудат, микробные тела.

При цитогистологических исследованиях, проводимых в динамике лечения раневого процесса гелевином, уже на 3-и сутки отмечено значительное уменьшение воспалительного компонента за счет снижения числа нейтрофилов, активации процессов очищения раны и регенерации, о чем свидетельствовало появление в большом числе полибластов, клеток грануляционной ткани, и макрофагов, способствующих очищению раны. К 8-м суткам в цитограммах с ран, леченных гелевином, имелись единичные нейтрофилы. В контрольной группе в эти же сроки еще была выражена воспалительная фаза заживления раны (много нейтрофилов), продолжался процесс ее очищения (значительное число макрофагов), что свидетельствовало о более монотонном регенеративном процессе.

При изучении динамики микрофлоры в процессе лечения выявлено снижение количества микробных тел с 10^8 на 1 г ткани (исходная величина) до 10^1 — 10^2 к концу лечения. Подавление патогенной микрофлоры отчетливо наступало на 6—8-е сутки.

Таким образом, результаты наблюдений за больными, перенесшими различные операции, позволяют рекомендовать отечест-

венный дренирующий сорбен гелевин для очищения гнойных ран в I фазе и профилактики септических осложнений при влагалищных операциях. Дальнейшее изучение гелевина и его композиций будет способствовать широкому внедрению препарата в гинекологическую практику.

7.1.4. ГИДРОГЕЛЬ

Новым и, на наш взгляд, очень перспективным является применение в реконструктивной хирургии препаратов из гидрогеля (полигидроксипропилметакрилат). Известно, что после пластических влагалищных операций применение мазевых тампонов в I фазе раневого процесса нежелательно, поскольку ежедневная их замена травмирует ткани, а оставление тампонов на длительное время приводит к инфицированию раны. Методом выбора служит использование тампонов на гидрогелевой основе, содержащих антисептики.

Особенностью указанных влагалищных тампонов является пролонгированное выделение медикаментозных средств в течение 48—72 ч, что позволяет проводить надежную профилактику послеоперационных инфекционных осложнений у больных группы высокого риска, особенно после операций по поводу генитальных свищей, разрывов промежности, когда только предоперационной санации недостаточно, а послеоперационная травма тканей недопустима.

Указанные тампоны разработаны Институтом хирургии им. А. В. Вишневского совместно с ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР и впервые применены в отделении оперативной гинекологии этого центра.

Исследования микрофлоры влагалища до операции и введения тампона и после операции с применением тампона с хлоргексидином на гидрогелевой основе подтвердили стерильность посева более чем в течение 72 ч после операции.

Гидрогель применяется в оперативной гинекологии и хирургии в качестве материала для эмболизации сосудов.

7.1.5. ХИРУРГИЧЕСКОЕ БЕЛЬЕ ОДНОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

В настоящее время большое внимание уделяется проблеме внутригоспитальной инфекции, уровень которой колеблется от 0,5 до 40 %. Однако в хирургических стационарах немаловажное значение имеет и передача инфекции от больных гнойно-воспалительными заболеваниями через предметы обихода, в том числе мягкий медицинский инвентарь. Текстильные изделия, особенно после многократных стирок, являются активным источником распространения в воздухе частиц разного размера. Бактерии воздуха в основном за счет электростатического взаимодействия образуют макрочастицы, легко оседающие на стерильных поверхностях и операционном поле.

Основными преимуществами одноразового хирургического комплекта, сделанного из нетканых и бумажных текстилеподобных материалов, являются: 1) большая поверхностная прочность по сравнению с текстильными, что снижает запыленность воздуха; 2) высокий фильтрующий эффект при сохранении удовлетворительных гигиенических свойств (паро- и воздухопроницаемости) по сравнению с текстильными материалами, которые через 1 мин после намокания становятся микробпроницаемыми; 3) совместимость с полимерными пленками, что открывает возможность создания нового класса комбинированных материалов, являющихся непревзойденными по параметрам влаго- и микробонепроницаемости; 4) простота переработки; 5) легкость и надежность промышленной радиационной стерилизации в герметичной упаковке, что гарантирует сохранение стерильности изделия в течение длительного времени.

В отделении оперативной гинекологии ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР в течение последнего года используются комплекты стерильного одноразового операционного белья, акушерские комплекты и разовые бумажные изделия для ухода за тяжелообольными (абсорбирующие подстилки и защитные простыни). Указанное белье изготовлено в Советском Союзе при техническом содействии финских специалистов, в частности фирмы «Татро».

В состав отечественного хирургического комплекта входят простыни для ограничения операционного поля с липким слоем для фиксации (размером 70×80 см 2 шт., 200×140 см 2 шт.), а также защитные простыни для покрытия операционного стола. Указанное белье изготовлено из ламинированного полиэтиленом двухслойного нетканого (или бумажного) материала. Операционные комплекты используются нами как при брюшнополостных, так и влагалищных хирургических вмешательствах.

Следует отметить, что хирургические комплекты удобны в обращении, прочны, легки, эстетичны. Аллергических или каких-либо других побочных реакций у медицинского персонала при их использовании не отмечено. Они универсальны и пригодны для использования при хирургических вмешательствах различных типов. Липкая лента обеспечивает надежное крепление простыней к телу и не допускает подтекания отделяемого под простыню, за исключением тех случаев, когда производится влагалищная операция, сопровождающаяся массивным кровотечением или обильным намоканием нижнего отдела операционной раны во время зашивания мочеполовых свищей. В этих условиях нижнюю простыню дополнительно фиксируют к телу либо для предотвращения намокания нижней простыни используют адсорбирующие многослойные подстилки из стерильных акушерских комплектов.

Из недостатков нетканого операционного белья следует отметить повышенную жесткость, меньшую драпируемость и в отдельных случаях трудное отделение защитного бумажного покрытия от мягкого слоя. Однако комплекс свойств, способствующих уменьшению госпитальной инфекции и профилактике септи-

ческих осложнений в акушерстве и гинекологии, в сочетании с удобствами пользования и экономическими выгодами делает необходимым широкое внедрение нетканого операционного белья одноразового пользования в оперативной гинекологии.

7.1.6. ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

В оперативной гинекологии широко применяются полимеры в виде шовных материалов. Шовные материалы — капрон, лавсан, сверхтонкий ареактивный шовный материал из полифиламентных соединений (диаметр нити № 6/0—10/0) обеспечивают надежную герметизацию тканей, снижают до минимума риск специфических осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и позволяют считать маловероятным такое осложнение, как лигатурные и рубцовые стриктуры. Современный абсорбируемый и неабсорбируемый шовный материал не влияет на функциональное состояние половых органов, в том числе маточных труб. Оптимальным материалом является викрил и дексон.

7.1.7. СИЛИКОНОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Полимерные материалы в гинекологии широко используются при выполнении реконструктивно-пластических операций, например, ВМС после пластики матки по поводу пороков развития, катетеры для введения в маточные трубы и матку при пластике труб, дренажные трубки. Наилучшим пластическим материалом является силикон, отличающийся гибкостью и эластичностью, ареактивностью. Наиболее совершенны двухпросветные силиконовые дренажные трубки для аспирационно-промывного дренирования. Они используются также при контрольной лапароскопии после реконструктивно-пластических операций на матке и маточных трубах (см. раздел 7.3). Применяются силиконовые протекторы в виде воронки, используемые как приемник фолликулярной жидкости и яйцеклетки во время овуляции при абсолютном трубном бесплодии (см. раздел 7.8).

Анализ представленных данных показывает высокую эффективность применения различных полимерных материалов в оперативной гинекологии, что способствует как совершенствованию техники реконструктивно-пластических операций, так и профилактике и лечению послеоперационных осложнений.

7.1.8. ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ ТАЗА

В практической медицине нередки ситуации, когда применение обычных методов остановки кровотечений невозможно или сопряжено с проведением сложных операций, порой представляющих риск для жизни больного. Все известные хирургические методы предполагают воздействие на сосуд извне (перевязка,

электрокоагуляция, иссечение кровоточащего участка или даже удаление целого органа). Однако они не всегда выполнимы при тяжелом состоянии больной. Новым направлением в хирургии является внутрисосудистое перекрытие русла кровоточащего сосуда с помощью искусственных частиц — эмболов.

Одновременно с решением клинических задач постоянно шел поиск оптимального окклюзирующего материала. Основное требование к ним — это «медицинская чистота», отсутствие низкомолекулярных примесей, способных оказать на организм вредное воздействие. Кроме того, материал должен быть биосовместим, т. е. вызывать минимальную воспалительную реакцию, не оказывать общего токсического, канцерогенного, алергизирующего действия и обладать высокой устойчивостью к воздействию внутренней среды живого организма.

С этих позиций весьма удачными оказались эмболы из гидрогеля или точнее поли-2-гидроксиэтилметакрилата, созданные совместно сотрудниками Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Института макромолекулярной химии ЧССР и Института химической физики АН СССР.

Эмболы, как правило, представляют собой шарики диаметром от 0,05 до 1,5 мм или цилиндры разной толщины (0,5—4 мм) и длины (рис. 7.3). Они имеют губчатую структуру. Поры в них занимают около 50—60 % по объему, причем величину и форму пор можно регулировать.

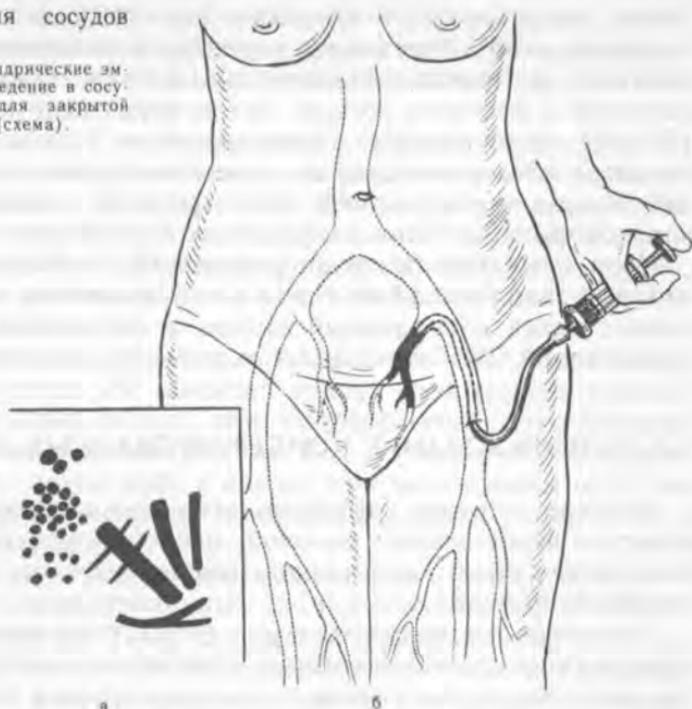
Установлено, что лечебная эмболизация в 1-е сутки вызывает гиперкоагуляционную реакцию, т. е. резко усиливает свертываемость крови. Сразу после введения эмболов повышается агрегация тромбоцитов, затем активируются и другие гемостатические факторы. Гиперкоагуляция возрастает до 3—5-х суток, затем ослабевает и нормализуется к 10—15-м суткам после эмболизации. Существенно, что активация тромбообразующих факторов наблюдается даже у больных с тяжелыми гипокоагуляционными нарушениями, у которых кровотечения носят угрожающий характер.

Введенные в сосуд эмболы набухают и тем самым обеспечивают стойкий закупоривающий эффект. Несмотря на плотное прилегание набухающих эмболов к стенке сосуда, они не оказывают на него раздражающего и повреждающего действия. Параллельно с гиперкоагуляционной реакцией происходит адсорбция белков крови на поверхности эмбола, что усиливает процесс местного тромбообразования. Со временем тромб прорастает соединительной тканью, проникающей также в поры эмбола. В результате, что крайне важно, исключаются восстановление проходимости эмболизированного сосуда и повторные кровотечения.

Новое поколение рентгеноконтрастных эмболов дает возможность наблюдения за динамикой их движения. Кроме того, рентгеноконтрастные эмболы с йодидом серебра обладают еще антимикробным действием, что исключает возможность местного инфицирования тканей вокруг эмболов. Эмболизация применяется

Рис. 7.3. Эмболизация сосудов таза.

а — шарообразные и цилиндрические эмболы из гидрогеля; б — введение в сосудистое русло катетера для закрытой селективной эмболизации (схема).



ся с целью как остановки кровотечения, так и профилактики массивных кровопотерь у больных группы высокого риска возникновения кровотечений.

Показаниями к эмболизации в акушерстве и гинекологии являются ангиодисплазии таза и ангиомы в сочетании с любой генитальной патологией, требующей оперативного вмешательства: опухоли матки и придатков, аномалии развития, генитальные свищи, забрюшинные опухоли таза больших размеров, беременность и роды при наличии выраженных нарушений развития сосудистого русла бассейна малого таза, варикозного расширения вен таза, а также массивные коагулопатические маточные кровотечения, сопровождающиеся ДВС-синдромом, вызванные акушерской ситуацией или заболеванием крови (болезнь Верльгофа, болезнь Виллебранда и т. д.), когда в связи с общим тяжелым состоянием больных обычное оперативное вмешательство крайне опасно или невозможно.

Применяются два вида эмболизации: закрытый селективный и открытый интраоперационный. Эти методы не конкурируют друг с другом, применяются каждый по своим показаниям, а иногда сочетаются при лечении одной больной.

При закрытом селективном методе эмболизацию проводят в специальной рентгеновской операционной, снабженной электронно-оптическим преобразователем с телевизионным устройством. Выполняют ее с помощью катетера, введенного под местным обезболиванием в сосудистую систему через бедренную артерию.

После внутривенного введения верографина выполняют ангиографию, чтобы определить характер поражения сосудов и локализацию источника кровотечения, а также уточнить положение катетера в просвете сосуда. Затем через катетер вводят эмболы (30—40 на процедуру), взвешенные в 3—5 мл изотонического раствора хлорида натрия до полной окклюзии сосуда. Завершают эмболизацию контрольной ангиографией, уточняя локализацию конгломерата эмболов и эффект их воздействия.

При открытой (интраоперационной) эмболизации, применяемой при ангиодисплазиях таза и забрюшинных опухолях, эмболы вводят через специальный шприц в обнаженный при операции приводящий (по отношению к ангиоме) магистральный сосуд.

7.2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНСЕРВИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ

В ряде случаев эффективность оперативных вмешательств остается недостаточно высокой, особенно при повторных операциях, когда имеют место значительные дефекты и рубцовые пережждения тканей.

Несмотря на положительные результаты внедрения в оперативную гинекологию некоторых полимерных материалов, остается довольно высокой отторгаемость лавсановых и капроновых сеток. Это наблюдали все авторы, применяющие их при реконструктивно-пластических операциях у больных с миомой матки, шеечно-влагалищными, мочеполовыми и кишечно-влагалищными свищами.

Следовательно, является оправданным применение консервированных тканей для замещения дефектов мышечной ткани и укрепления швов при выполнении реконструктивно-пластических операций в гинекологии. Методом выбора является консервированная твердая мозговая оболочка.

Еще в годы Великой Отечественной войны было отмечено свойство твердой мозговой оболочки (ТМО) противостоят инфекции [Шамов В. И. и др., 1950]. Это замечательное свойство оказалось характерным и для ее трансплантатов. В последние годы трансплантаты ТМО применяются не только нейрохирургами, но также абдоминальными, торакальными, кардиальными, сосудистыми хирургами, ортопедами-травматологами, отоларингологами, офтальмологами, урологами и др. при различных пластических и восстановительных операциях. Трансплантатами ТМО удается надежно ликвидировать обширные дефекты стенки груди и живота, герметизировать ненадежные культы бронхов и легкого, воссоздавать клапанный аппарат сердца, закрывать окончатые дефекты кровеносных сосудов и полых пищеварительных органов, ликвидировать свищи и дефекты мочеполовых органов вплоть до замещения части стенки мочевого пузыря и уретры.

Подвергнутые консервирующей обработке (замораживание, лиофилизация либо химическое воздействие смесью 0,5—4 %

раствора формалина, 96 % глицерина, 0,5—2 % раствора этиленоксида или β -пропиолактона) трансплантаты ТМО хорошо сохраняют структурные и функциональные свойства до момента использования при операции.

Большое количество коллагеновых и эластических волокон, переплетающихся в трех различных направлениях, обеспечивает высокие механические свойства ТМО. Ограниченное количество клеточных элементов обуславливает весьма низкую иммунологическую активность ее трансплантатов и отсутствие клинических, морфологических признаков отторжения либо явлений сенсбилизации реципиента.

Весьма важным свойством трансплантатов ТМО является их тканевая адаптивность. Не вызывая вокруг себя грубых разрастаний соединительной ткани, они подвергаются постепенному замещению тканями реципиента. Так, В. Г. Дунаев (1975) в опытах по замещению сухожилий и связок при наблюдении от 10 до 250 дней констатировал преобразование трансплантатов ТМО в сухожилиеподобную ткань.

Полученные нами результаты оперативных вмешательств с использованием консервированных тканей позволяют рекомендовать консервированную ТМО для реконструктивно-пластических операций в гинекологии при выраженных дефектах и рубцовых изменениях тканей (пороки развития матки, миома матки, влагалищные операции).

Приводим описание способа зашивания с помощью ТМО старых разрывов шейки матки III степени и высоких рецидивирующих шеечно-влагалищных свищей.

Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и подтягивают книзу. Канал шейки матки расширяют при помощи расширителей Гегара до № 12. Производят расщепление тканей шейки матки на внутренний и наружный лоскуты вокруг свищевого хода и на 1,5—2 см выше верхнего края (при разрыве шейки матки III степени расщепление по линии рубца и на 1,5—2 см выше с отсепаровкой стенки влагалища в области влагалищного свода). Область внутреннего зева укрепляют 2—3 швами из хромированного кетгута или ареактивного синтетического материала (викрил, дексон). Канал шейки матки формируют отдельными кетгутowymi швами узлами внутрь на расширителе. Между расщепляемыми и мобилизованными тканями вводят каркас из консервированной ТМО размером 1,5 × 2,5 см (или более при больших дефектах). Каркас четырьмя отдельными хромированными кетгутowymi швами по углам фиксируется к мобилизованной верхней границе свища или разрыва. Наружный лоскут расщепленной шейки матки ушивают отдельными кетгутowymi швами. Наружный зев формируют отдельными тонкими кетгутowymi швами, наложенными в радиальном направлении. Шейку матки и влагалища saniруют раствором диоксидина через двухпросветную силиконовую дренажную трубку в течение 36—48 ч. С целью профилактики расхождения швов можно накладывать на область

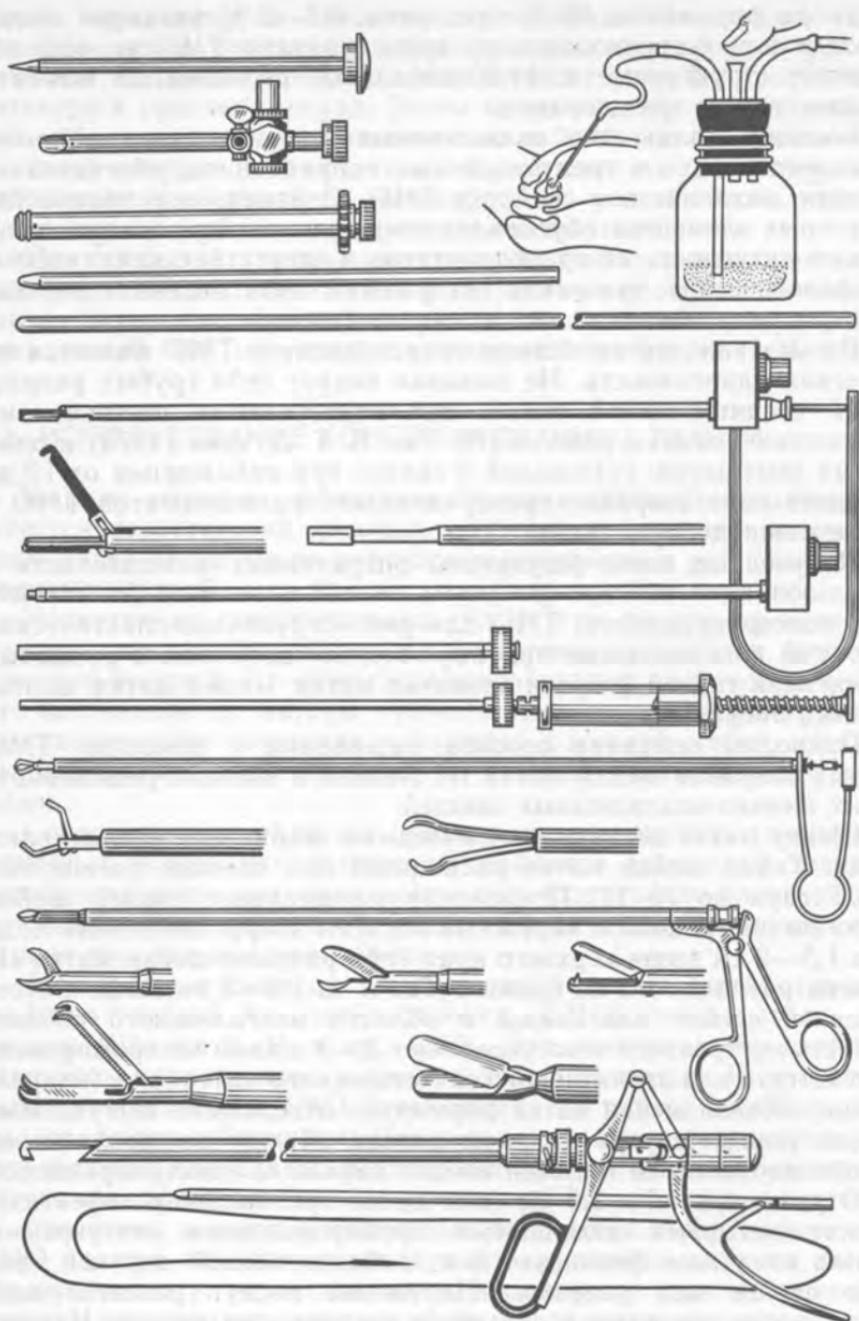


Рис. 7.4. Набор инструментов для хирургической лапароскопии: троакары, манипуляторы, щипцы для биопсии и удаления миоматозных узлов и кист яичников, приспособления для наложения швов во время лапароскопии, коагуляторы.

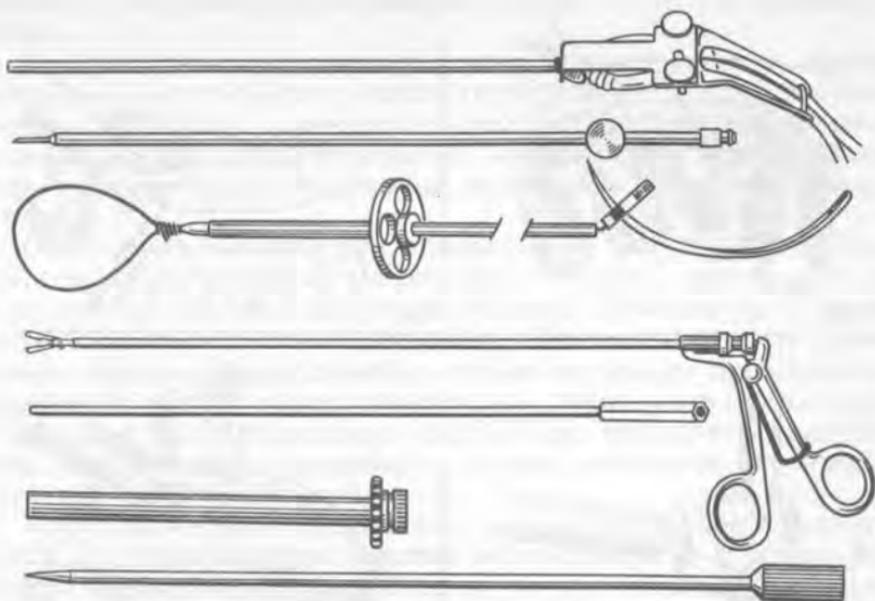


Рис. 7.4. Продолжение.

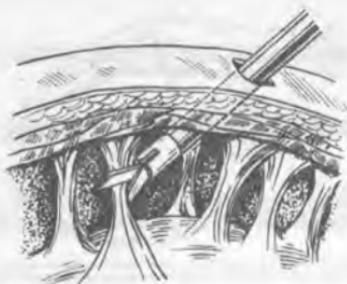
шва тампон из гидрогеля с хлоргексидином размером $1,5 \times 3$ см (концентрация 0,15 в тампоне на 72 ч). Применение указанной методики способствует профилактике рецидивов и более благоприятному течению послеоперационного периода.

7.3. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Благодаря успехам общей эндоскопии, совершенству современных лапаро- и гистероскопов стало возможным выполнение многих гинекологических лечебных манипуляций и операций без чревосечения.

Для хирургической лапароскопии необходима оптическая система, лучше с троакарком диаметром 11 мм, позволяющим производить фотографирование и телесъемку. Для пневмоперитонеума применяют углекислый газ, подачу которого контролируют автоматически с помощью электронной установки, что позволяет поддерживать постоянное давление в брюшной полости в процессе манипуляций подачей 4,5 л газа в минуту.

Необходимыми компонентами для выполнения хирургических манипуляций при лапароскопии являются инструменты для остановки кровотечения и специальный набор хирургических инструментов для лапароскопии (рис. 7.4). Подготовка больной к хирургической лапароскопии такая же, как к чревосечению. Обезболивание должно быть общим, поскольку оно позволяет мобилизовать и рассмотреть тазовые органы, провести диагностические и лечебные манипуляции.



7.5



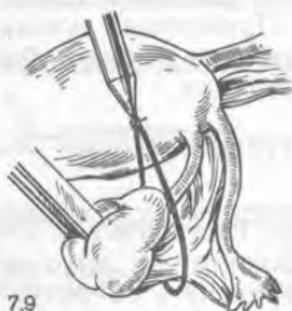
7.6



7.7



7.8



7.9

Рис. 7.5. Пережигание спаек при лапароскопии.

Рис. 7.6. Рассечение спаек при лапароскопии.

Рис. 7.7. Сальпингостомопластика при лапароскопии.

Рис. 7.8. Удаление миоматозного узла при лапароскопии.

Рис. 7.9. Удаление кисты при лапароскопии.

Типичными лапароскопическими процедурами являются разделение спаек в малом тазу и пункция овулирующего фолликула с целью аспирации фолликулярной жидкости и яйцеклетки при необходимости экстракорпорального оплодотворения. Кроме того, производят биопсию половых желез, пункционную биопсию и энуклеацию кист яичников, частичную резекцию или удаление яичников и придатков матки. При патологических процессах в маточных трубах выполняют сальпинголизис, фимбриопластику, сальпингостомию, удаление плодного яйца при трубной беременности, стерилизацию, консервативную миомэктомию при небольших подбрюшинных миомах, коагуляцию очагов эндометриоза, резекцию яичников при эндометриоидных кистах.

На органах брюшной полости могут производиться разделение спаек между петлями кишечника, аппендэктомия. Основные

варианты операций представлены на рис. 7.5—7.9 [Semm K., 1983].

Особую роль лапароскопия играет в диагностике и лечении бесплодия. В тех случаях, когда хирург обнаруживает доброкачественную опухоль или опухолевидное образование, эндометриоз в начальных стадиях заболевания, имеется возможность выполнить традиционные оперативные вмешательства путем лапароскопии.

Оперативное лечение при лапароскопии имеет ряд недостатков: не обеспечивается полная абластичность, невозможно во всех случаях удалить капсулу кистозного образования (которое может оказаться кистой яичника). При необходимости проведения обширных коагуляций, с целью остановки кровотечения, выжигания мелких миоматозных узлов, ликвидации очагов эндометриоза и эндометриоидных кист лучше выполнить лапаротомию, которая дает возможность более полноценно произвести удаление этих образований.

Мы придаем особое значение лапароскопии как процедуре контроля эффективности лечения эндометриоза и трубного бесплодия. Нами разработана методика лапароскопии, выполняемой в первые 4—5 сут после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах. Она позволяет практически без анестезии производить осмотр тазовых органов в динамике послеоперационного периода, контролировать проходимость маточных труб, состояние швов, по показаниям проводить санацию и разделение спаек. С этой целью после реконструктивной операции в брюшной полости оставляют две двухпросветные дренажные силиконовые трубки диаметром 6 мм и длиной 11 см. Рекомендуется располагать дренажную трубку со стороны оперируемого органа для наилучшей визуализации при лапароскопии. В 1-е сутки указанные трубки являются пассивными или активными дренажами для эвакуации жидкости из брюшной полости. На 4—5-е сутки после операции производят контрольную лапароскопию. При этом перекрывают одну из трубок, а через другую (после укорочения и специальной обработке изнутри и снаружи) создают пневмоперитонеум углекислым газом. Для обычной диагностической лапароскопии достаточно ввести в брюшную полость около 1,5—2 л газа.

В просвет широкой (12 мм) дренажной трубки вводят оптическую систему, через более узкую дренажную трубку вводят манипулятор. Следует обратить внимание на состояние брюшины малого таза, количество и характер экссудата в брюшной полости, состояние тканей оперированного органа (наличие гиперемии, отека, налетов, расположение швов). По показаниям можно проверить проходимость труб раствором индигокармина, введенного в матку через специальную канюлю или катетером Фолея. Образовавшиеся свежие спайки разделяют и коагулируют. Брюшную полость промывают изотоническим раствором хлорида натрия или 0,01 % раствором хлоргексидина.

Проведение контрольной лапароскопии мы считаем важным, поскольку она позволяет не только уточнить состояние оперированных органов, особенности репаративных процессов, но и своевременно установить наличие осложнений и устранить их. Простота и легкость выполнения контрольной лапароскопии, минимальная опасность осложнений, отсутствие необходимости в глубокой и длительной анестезии позволяют считать эти манипуляции методом выбора.

7.4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОВ

Использование лазерной техники при хирургических вмешательствах в гинекологии не получило еще широкого распространения, хотя рядом авторов (О. К. Скобелкин, М. Ф. Стельмах и др.) составлены методические письма, которые должны облегчить внедрение этой методики в хирургическую практику вообще и в операционную гинекологию в частности.

Лазеры (оптические квантовые генераторы) — приборы, преобразующие один из видов энергии (электрическая, световая, тепловая, механическая) в монохроматическое когерентное излучение электромагнитных волн ультрафиолетового, видимого и инфракрасного диапазонов. Генерация излучения лазеров может осуществляться в режиме либо молниеносных импульсов, либо непрерывного излучения.

Лазеры непрерывного действия осуществляют рассеечение тканей, т. е. могут использоваться в качестве светового скальпеля.

Многообразие эффектов, которыми сопровождается воздействие лазерного излучения на биологические ткани, обеспечивает оптическим квантовым генераторам широкую сферу использования для различных биологических и медицинских задач. В настоящее время в основе применения лазера в медицине лежит преобразование световой энергии в механическую и тепловую.

Принципы лазерного излучения впервые были описаны в 1958 г., а первая лазерная установка сконструирована двумя годами позднее. Название «лазер» состоит из начальных букв английских слов Light amplification by Stimulated Emission of Radiation — усиление света в результате вынужденного излучения.

Основным элементом лазера является устройство, содержащее активное вещество, которое при воздействии импульсной лампы и резонатора переходит в возбужденное состояние, излучая монохроматический свет. По виду активного вещества лазеры подразделяются на газовые, твердотельные и работающие на полупроводниках.

Излучение лазера имеет три основные характеристики: когерентность, монохроматичность и коллимантность. Когерентное излучение — это излучение, в котором все волны совпадают по фазе в любой точке времени и пространства. Монохроматическое

излучение — излучение, в котором все волны имеют одинаковую длину. Коллимантность — это параллельность всех волн. Благодаря этим свойствам излучение может концентрироваться на малых площадях, создавая высокие величины энергии.

Хирургические лазеры, т. е. лазеры большой мощности, в настоящее время нашли широкое применение в различных областях медицины: офтальмологии, отоларингологии, урологии, дерматологии, общей хирургии и др.

Первое сообщение о применении хирургического лазера в гинекологии относится к 1973 г. В настоящее время в гинекологии применяется пять типов лазера: CO_2 -лазер, Nd:YAG-лазер, аргоновый, калий-титаново-фосфатный и гелий-неоновый лазеры. Излучение каждого из этих лазеров имеет специфическую длину волны и вследствие этого различные характеристики. В настоящее время в гинекологии используется в основном CO_2 -лазер.

Излучение CO_2 -лазера имеет длину волны 10,6 мкм и находится в инфрасветовой части спектра, которая недоступна восприятию человеческим глазом. Это излучение обладает определенными свойствами: 1) энергия хорошо поглощается неотражающими твердыми веществами и жидкостями, в том числе водой, которая является основным содержимым биологических клеток. В воде лучевая энергия поглощается практически полностью на глубине 100 мкм от поверхности; 2) поглощение излучения одинаково в тканях различного цвета; 3) рассеивание в точке воздействия минимально; 4) луч лазера, несущий энергию, может эффективно отражаться зеркалами и хорошо полированными металлами без потери эффективности; 5) эффект воздействия основан на переходе световой энергии в тепловую.

При контакте излучения CO_2 -лазера с биологическими тканями происходит их деструкция, механизм которой изучен рядом исследователей. Ткань разрушается вследствие выпаривания клеточной жидкости. При контакте с лазерным лучом вне- и внутриклеточная жидкость немедленно закипает. Образовавшийся пар деформирует и разрывает тканевые элементы, унося клеточные осколки из раны. Часть этих осколков, проходя через лазерный луч, обугливается, а часть воспламеняется и сгорает. В точке приложения луч лазера разрушает ткани только за счет выпаривания жидкости. Венозные и артериальные сосуды диаметром до 0,5 мм коагулируются. Латеральное распространение эффекта из точки воздействия лазерного излучения невелико. При гистологическом исследовании установлено, что клетки повреждаются на протяжении 500 мкм от точки воздействия и глубина термического некроза не превышает 100 мкм.

Из применявшихся в гинекологии хирургических лазеров только CO_2 -лазер обеспечивает выпаривание и рассечение тканей с достаточной степенью эффективности. Недостатками его являются невидимость излучения, громоздкая система подведения излучения к тканям (необходима система зеркал и линз, так как излучение не может передаваться по имеющимся в настоящее

время оптическим волокнам), образование большого количества дыма при выпаривании, что требует применения специального вентиляционного оборудования для его удаления.

Аргоновый лазер — газовый лазер, продуцирующий излучение с длиной волны 0,5 мкм, не поглощаемое жидкостями, со слабой возможностью рассеивания и довольно низкой мощностью. Излучение избирательно поглощается пигментами красного цвета, проникает в ткани на глубину до 0,5 мм. Основной эффект — коагуляция тканей. Применение ограничено коагуляцией очагов при малых формах эндометриоза.

Nd:YAG-лазер (иттрий-алюминиевый гранатовый лазер) — твердотельный лазер на основе легированного неодимом кристалла иттрий-алюминиевого граната, продуцирующий излучение с длиной волны 1,06 мкм, слабо поглощаемое в жидкостях, с умеренным рассеиванием луча и глубоким проникновением в ткани (до 4 мм). Наибольший эффект локализуется не на поверхности ткани, а на глубине 2—3 мм. Основной эффект на тканях — коагуляция, но усовершенствованный Nd:YAG-лазер с использованием искусственного сапфира может применяться и для рассечения тканей. В гинекологии применялся для коагуляции очагов эндометриоза при лапароскопии и гистероскопической коагуляции эндометрия с целью лечения меноррагий.

КТР/532-лазер представляет собой модифицированный Nd:YAG-лазер, активным веществом в нем является легированный неодимом кристалл иттрий-алюминиевого граната, продуцирующий излучение. Излучение этого лазера не поглощается жидкостями, имеет тенденцию к умеренному рассеиванию. Глубина проникновения излучения в ткани сходна с таковой аргонового лазера. Основной эффект — коагуляция. Применяется в гинекологии для коагуляции очагов газового эндометриоза I и II стадии.

Все перечисленные лазеры имеют одно главное преимущество по сравнению с CO₂-лазером: продуцируемое ими излучение может передаваться к месту воздействия по гибкому оптическому волокну. Излучение всех трех типов лазеров видимое, что исключает необходимость применения дополнительных средств для наводки луча в точку воздействия. Поскольку основным эффектом этих лазеров является коагуляция, а не выпаривание тканей, не возникает и проблемы удаления дыма.

Однако в связи с гораздо большей по сравнению с CO₂-лазером способностью излучения к рассеиванию необходимо уделять большое внимание обеспечению безопасности больного и хирурга, особенно при работе с Nd:YAG- и КТР/532-лазерами. Тем же объясняется гораздо большая зона коагуляционного некроза тканей при использовании этих лазеров. Nd:YAG-лазер опасен при использовании его вблизи жизненно важных органов вследствие максимального проявления эффекта на большой глубине (2—3 мм) без нарушения целостности поверхности тканей.

Излучение гелий-неонового лазера, имеющее очень низкую

мощность и интенсивный красно-оранжевый цвет, используется в CO_2 -лазерных хирургических системах для наведения луча CO_2 -лазера в точку воздействия. Имеются также сообщения о терапевтическом применении гелий-неонового лазера для стимуляции восстановительных процессов.

В Советском Союзе промышленность выпускает лазерные хирургические установки на углекислом газе (CO_2 -лазеры) «Скальпель-1» мощностью около 25 Вт, «Скальпель-2», «Ромашка-1» и «Ромашка-2», «Радуга». Аналогичные установки производятся за рубежом.

Отечественные лазерные хирургические установки предназначены для работы в обычных операционных стационарах и поликлиник. Энергопитание установки «Скальпель-1» осуществляется от сети напряжением 220 В, потребляемая мощность не более 1,4 кВт. Аналогичны параметры установки «Ромашка-2». Установка «Ромашка-1» включается в трехфазную сеть с напряжением 380 В, потребляемая мощность не более 3 кВт. Охлаждение приборов производится от водопроводной сети с расходом воды до 2 л/мин для установок «Скальпель-1» и «Ромашка-2», около 6 л/мин — для установки «Ромашка-1». Установки всех трех типов смонтированы на колесах и могут свободно перемещаться по операционной. Каждая установка снабжена паспортом, подробной инструкцией по эксплуатации и запасными лампами (лазерами).

Монтаж установок производят представители завода-изготовителя. Требования, предъявляемые к операционной, монтажу и эксплуатации установок, в соответствии с современными нормами санитарно-гигиенического режима и мерами защиты от лазерного излучения изложены в «Санитарных нормах и правилах устройства и эксплуатации лазеров» (Москва, 1982).

Лазерные разрезы тканей и органов практически бескровны, что связано с коагуляцией крови в просвете кровеносных сосудов диаметром до 0,5 мм в зоне коагуляционного некроза и образованием коагуляционного «лазерного» тромба. Вместе с тем лазерный коагуляционный некроз отличается от некроза, вызываемого электротермическим воздействием или сверхнизкими температурами, тем, что его зона в несколько раз меньше и не оказывает существенного влияния на процессы заживления. Более того, при заживлении лазерных ран на границе поврежденных и неизмененных тканей наблюдается меньшая лейкоцитарная инфильтрация. Благодаря сокращению фазы экссудации и пролиферации заживление лазерных ран происходит быстрее, чем при использовании других инструментов.

Преимущества связаны со способностью лазерного луча бескровно в условиях асептики пересекать и испарять разрезаемую ткань, причиняя ей минимальные повреждения. Лазерный скальпель позволяет сократить длительность операции, поскольку отпадает необходимость в наложении зажимов на мелкие кровоточащие сосуды и уменьшается площадь некротизированной

ткани. Лазерное излучение обеспечивает стерильность послеоперационной раны, абластичность и, следовательно, снижает опасность развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде, ускоряет процесс регенерации в ране.

Лазерная хирургическая установка «Скальпель-1» смонтирована в виде вертикальной стойки, внутри которой расположен CO_2 -лазер мощностью 40 Вт, с диаметром сфокусированного луча 0,5—2 мм и электронные блоки его питания. К верхней части стойки присоединен зеркальный светопровод, конечная часть которого снабжена фокусирующей линзой. Подвод лазерного излучения по световоду к биологическому объекту не требует существенных усилий со стороны оперирующего. Для удаления дыма, образующегося в процессе рассечения тканей, установка снабжена системой дымоотсоса. Питание осуществляется от сети переменного тока.

Существенным достоинством лазерной установки «Скальпель-1» является удобство манипуляций специальным наконечником, через который лазерный луч фокусируется на оперируемую ткань с помощью подводящего устройства в виде металлической указки. Однако в ней, как и в других, не предусмотрено специальных средств защиты от случайного поражения лазерным излучением близлежащих органов оперируемой больной. Хирургу при работе с лучом лазера необходимо надевать очки.

Инструменты, применяемые в операционной, должны иметь темное покрытие (чернение) с целью профилактики осложнений, связанных с эффектом отражения от зеркал и других инструментов.

Медицинский и технический персонал, допущенный к работе с лазерными хирургическими установками, должен пройти соответствующую подготовку.

Наиболее часто CO_2 -лазер используется при лечении дисплазий шейки матки, влагалища и наружных половых органов, остроконечных кондилом, эндометриоза.

При реконструктивно-пластических операциях CO_2 -лазер применяется с целью разделения спаек, имплантации и анастомозирования маточных труб, сальпингостомии и фимбриопластики, выпаривании внематочной беременности, клиновидной резекции яичников, миомэктомии и метропластики. Особое значение приобретает лечение CO_2 -лазером при комплексной терапии больных эндометриозом, когда наряду с выпариванием очагов эндометриоза производят дополнительную обработку ложа эндометриодных кист, очага ретроцервикального эндометриоза.

Начиная с 1979 г., при использовании CO_2 -лазера его лучи направляют через операционный канал лапароскопа, что позволяет производить разделение спаек при бесплодии, фимбрио- и стоматоластику, коагуляцию очагов эндометриоза.

Положительное действие лазерного излучения при рассечении тканей (быстрое заживление лазерных ран с формированием более нежного рубца, лучший гемостаз во время проведения опе-

раций, абластичность, уменьшение количества спаек после операции) легло в основу использования нами высокоэнергетического CO_2 -лазера при выполнении органосохраняющих операций на половых органах.

Мы применяем лазерную хирургическую установку «Ромашка-2». Она обеспечивает два режима работы — ручной и автоматический. В ручном режиме установку включают и выключают при помощи ножной педали. В автоматическом режиме включение осуществляют нажатием на педаль, а отключение происходит автоматически через промежуток времени, заданный хирургом с помощью реле времени, расположенного на лицевой панели пульта управления. Передача излучения CO_2 -лазера от излучателя к операционному полю происходит с помощью шарнирного световода, который прикрепляется к кольпоскопу. Конструкция лазерной установки «Ромашка-2» позволяет монтировать ее с кольпоскопом для проведения оперативных вмешательств на шейке матки.

Луч CO_2 -лазера невидим, поэтому лазерная установка снабжена видимым лучом гелий-неонового лазера, дающего свечение в виде красного пятна, которое сфокусировано в центре поля зрения кольпоскопа. Лазерный луч перемещают при помощи рукоятки микроманипулятора, расположенного на корпусе кольпоскопа.

Воздействие CO_2 -лазера проявляется эффектом разреза или поверхностной коагуляции тканей. Разрез производят сфокусированным лазерным лучом при диаметре пятна 1 мм и мощности излучения 12—15 Вт за счет послыжного испарения ткани. Толщина слоя, через который проникает лазерное излучение, составляет около 50 мкм. За счет увеличения диаметра пятна лазерного излучения до 1,5—3 мм и перемещения его можно добиться полного испарения облучаемой ткани. Концентрация энергии излучения на минимальной площади приводит к испарению тканей на строго ограниченном участке (по площади и глубине), обеспечивая минимальную травматизацию окружающих тканей. Толщина зоны некроза на границе со здоровой тканью не превышает 0,5 мм.

Коагуляция биотканей достигается воздействием неподвижного расфокусированного луча (диаметр пятна свыше 5 мм) в течение нескольких секунд при мощности излучения 3—6 Вт. Кровоточащие сосуды коагулируют расфокусированным лучом при увеличении мощности излучения до 12—15 Вт. Лазерный луч перемещают в пределах поля зрения кольпоскопа путем перемещения рукоятки микроманипулятора, расположенного на корпусе кольпоскопа. Расфокусирующее устройство, с помощью которого изменяют диаметр пятна излучения (от 1 до 10 мм), расположено на конце шарнирного световода в месте прикрепления его к кольпоскопу. Регулятор мощности излучения (от 3 до 15 Вт) установлен на передней панели лазера.

Асептическое и гемостатическое действие CO_2 -лазера обуслов-

лено контактным воздействием, испарением микрофлоры, а также коагуляцией кровеносных сосудов с образованием «лазерного тромба». В результате лазерная операция практически проводится на «сухом операционном поле», что существенно облегчает и упрощает ее проведение. Лазерные лучи применяются для рассечения тканей при удалении миоматозных узлов больших размеров, выпаривании мелких субсерозных узлов, дополнительной обработке ложа опухоли расфокусированным лучом СО₂-лазера с целью гемостаза, асептики и профилактики рецидивов.

Особенно эффективно применение СО₂-лазера при сочетании множественной миомы матки с пороком развития (внутриматочная перегородка), при которых одновременно с миомэктомией производится метропластика. Перегородку рассекают лучом лазера, что обеспечивает бескровность операции.

Большое значение придается применению СО₂-лазера при операциях по поводу эндометриоза, особенно при эндометриоидных кистах больших размеров в сочетании с обширным спаечным процессом в малом тазе, распространении эндометриоза на крестцово-маточные связки, брюшину, мочевой пузырь и прямокишечно-маточное углубление, обширном ретроцервикальном эндометриозе с прорастанием стенки влагалища и прямокишечно-влагалищной перегородки. Во всех указанных случаях лазер используется либо с целью выпаривания очагов эндометриоза при невозможности или нецелесообразности иссечения его острым путем, либо при дополнительной обработке с целью профилактики рецидивов ложа эндометриоидной кисты после ее удаления или ложа очага ретроцервикального эндометриоза после его иссечения. Мы используем СО₂-лазер во время микрохирургической пластики маточных труб при бесплодии.

При бактериологическом исследовании содержимого брюшной полости (по дренажным трубкам) в различные периоды после операции роста микробов не отмечено.

Таким образом, опыт применения высокоэнергетического СО₂-лазера при реконструктивно-пластических операциях на половых органах позволил установить высокую эффективность лазерной хирургии и наметить пути дальнейшего применения лазеров в оперативной гинекологии.

7.5. ЭЛЕКТРОХИРУРГИЯ

В гинекологической практике используют электронож для рассечения и одновременной коагуляции тканей, специальные пинцеты и насадки для коагуляции кровоточащих участков.

Применение электрохирургических инструментов (моно- и биполярных) позволяет использовать значительно меньше перевязочного и шовного материала, сократить время операции и в ряде случаев осуществить гемостаз в труднодоступных для наложения швов областях. Однако при электрохирургии следует

соблюдать определенные предосторожности и строго придерживаться инструкции о пользовании аппаратурой во избежание ожогов рук хирурга, незапланированной коагуляции тканей и других осложнений.

Принцип работы аппаратуры основан на том, что высокочастотный ток, генерируемый электрохирургическим аппаратом, проходит между двумя электродами через ткани тела и нагревает их. Плотность тока, проходящего через ткань (т. е. величина тока по отношению к площади электрода), наивысшая у активного электрода, поэтому там степень нагрева ткани наибольшая. Это приводит к свертыванию содержащихся в ней белковых веществ, т. е. происходит коагуляция.

Аппарат представляет собой высокочастотный ламповый генератор, питаемый через силовой трансформатор без выпрямителя от сети переменного тока. Аппарат соединен со щитком питания кабелем, по двум каналам которого напряжение сети подводится к аппарату, а два других служат для присоединения защитного заземления. Соединение операционного стола и электрохирургического аппарата с защитным заземлением должно быть осуществлено общим заземляющим проводником, т. е. между операционным столом и клеммой защитного заземления щитка сетевого питания, к которому подсоединен электрохирургический аппарат, должен иметься непосредственный электрический контакт.

Пинцетом, электрическими коагуляторами и инструментами манипулируют обязательно в резиновых (хирургических) перчатках, чтобы не получить ожога в результате случайной утечки тока высокой частоты через изоляцию пинцета.

Активные электроды, кровоостанавливающий пинцет, электродержатели, кабели к активным электродам и подвеска допускают стерилизацию в паровом автоклаве при температуре 132 °С в течение 20 мин. С точки зрения сохранности покрытий предпочтительнее использовать холодные способы стерилизации (например, в 6 % растворе перекиси водорода).

Высокочастотным генератором аппарата управляют с помощью педали через электромагнитное реле. Включать высокочастотный генератор педалью надо кратковременно, в момент соприкосновения активного электрода с телом больной. Соблюдение этого правила значительно уменьшает вероятность возникновения побочных эффектов от протекания через тело высокочастотного тока по неучтенным цепям. При нажатой педали должен быть слышен монотонный звуковой сигнал.

Степень коагуляции ткани зависит как от дозы воздействия, так и от размеров электрода — чем больше электрод, тем больше должна быть мощность воздействия. Размер электрода обуславливает и глубину коагуляции: чем электрод больше, тем глубже осуществляется коагуляция. Лучше пользоваться минимальной мощностью, обеспечивающей проведение заданного электрохирургического воздействия.

Наиболее часто электроинструменты применяют для коагуляции кровоточащих сосудов в подкожной жировой клетчатке и мышцах, при незначительных кровотечениях из серозного покрова маточной трубы, мезосальпинкса, яичника. Особую роль приобретает коагуляция очагов эндометриоза на брюшине малого таза, мочевого пузыря, серозном покрове матки, когда иссечь все очаги практически не представляется возможным.

Следует коагулировать только патологически измененные участки или только кровоточащий сосуд. Обширная бесконтрольная коагуляция может привести к возникновению массивных зон коагуляционного некроза, инфицированию тканей и образованию в дальнейшем грубых рубцов и спаечной болезни. Ткань для коагуляции берут пинцетом или тонким зажимом. В момент включения педали ее надо поддерживать на весу с целью профилактики глубоких ожогов и проникающих ранений при отторжении струпа. Не рекомендуется проводить коагуляцию сосудов при кровотечении из стенки кишечника.

Использовать электронож можно при рассечении апоневроза, отсечении придатков матки после наложения зажимов на связки, отсепаровке тканей при экстирпации матки, что позволяет одновременно с разрезом остановить кровотечение, коагулируя мелкие сосуды и значительно уменьшая операционную кровопотерю.

Однако ряд общих хирургов считают нецелесообразным широкое применение электроножа при рассечении тканей на большом протяжении в связи с возникновением обширных зон коагуляционного некроза.

7.6. КРИОХИРУРГИЯ И УЛЬТРАЗВУК

Низкие температуры стали использовать в гинекологии с 1965 г. Основные работы посвящены лечению эндоцервицитов, дисплазий шейки матки, доброкачественных образований наружных половых органов и влагалища, а в последние годы — гиперпластических процессов эндоцервикса и эндометрия.

При криотерапии применяется большое количество охлаждающих веществ. Первым из них был использован твердый CO_2 . В настоящее время используются CO_2 , жидкий азот, закись и окись азота, этилхлорид, разные виды фреона и другие вещества. Температура, достигаемая при криотерапии, различна: -250°C при использовании жидкого водорода, -196°C при замораживании жидким азотом и жидким воздухом, -182°C — жидким кислородом, от -25 до -81°C при использовании жидких фреонов, -78°C — CO_2 , -89°C — закиси азота, -35°C — этилхлорида.

Механизм действия клеточной криодеструкции окончательно не установлен. Одна из популярных концепций объясняет механизм криодеструкции тем, что первой замораживается вода в

межклеточном пространстве. При формировании кристаллов льда незамороженная часть жидкости прогрессивно гипертонизируется. Уровень давления в межклеточном пространстве постепенно повышается, и внутриклеточная вода начинает выходить в межклеточное пространство. В клетках возникает дегидратация, что вместе с гипертонией в межклеточном пространстве приводит к разрыву клеточных мембран. С понижением температуры кристаллы льда начинают формироваться также внутри клеток. Эта реакция продолжает разрушать клеточную структуру вплоть до полной гибели клеток.

Высокие результаты достигнуты при комбинированном криоультразвуковом воздействии, особенно при лечении предраковых и длительно протекающих фоновых заболеваниях шейки матки. По мнению В. Н. Запорожана и соавт. (1988), наиболее эффективны такие режимы, когда ультразвук применяется в фазе оттаивания или замораживания — оттаивания при таких заболеваниях, как лейкоплакия, эктопия, истинная эрозия, эндометриоз. Режим применения ультразвука до, во время и после замораживания эффективен при лечении рубцов, разрывов шейки матки, коагуляционных цервикозов, зон превращения с кистами шейечных желез. Режимы с предварительным и одновременным замораживанием, озвучиванием шейки матки целесообразно применять при лечении обширных поверхностных образований, когда необходимо вызвать равномерный и обширный некроз, а в дальнейшем сократить сроки регенерации.

Основанием для применения криодеструкции и комбинированных криоультразвуковых воздействий служат данные электронно-микроскопических исследований, показывающие, что изолированное криогенное воздействие приводит к повреждению как эпителиальных клеток слизистой оболочки матки и сосудов, так и соединительнотканых элементов. При этом в первую очередь повреждается ядерный аппарат перницитов, а затем эпителиальных клеток. Под влиянием криоультразвукового воздействия происходит более выраженная деструкция клеточных элементов гиперплазированных тканей.

Мы рекомендуем применять криотерапию при эрозиях шейки матки, лейкоплакии и эндометриозе.

Наибольший эффект мы наблюдали при криотерапии очагов эндометриоза шейки матки, стенки влагалища и ретроцервикальной клетчатки. Мы применяем аппарат «Erbe-krio» (ФРГ), в котором используется закись азота при температуре -89°C . Аппарат ручной, легкий, очень удобен для работы. В тканях, контактирующих с зондом аппарата, температура мгновенно достигает -55°C . Ректальная температура во время операции остается нормальной. Температура тканей в зоне 1,5 см вокруг зонда изменяется незначительно. Оптимальное время экспозиции 3,5—5 мин в зависимости от обширности поражения.

При глубоком поражении шейки матки эндометриозом криодеструкцию проводят дважды с интервалом в 3 мин. Осложнений

при операции не наблюдается. Процедура безболезненная, может быть выполнена в амбулаторных условиях.

В 1-е сутки после операции у всех больных наблюдаются обильные водянистые выделения, иногда слабость. Эти симптомы объясняются потерей электролитов, особенно калия, во время клеточной деструкции, производимой криокоагулятором. Шейка матки отечна, синевато-багрового цвета. На 7-е сутки выделения по-прежнему обильные, шейка матки отечна, видны очаги некроза, окруженные гиперемированными участками слизистой оболочки. Через 2 нед после операции количество выделений уменьшается, некротическая зона на шейке матки исчезает, на ее месте видна слизистая оболочка синевато-багрового цвета. Через 4 нед выделения исчезают, влагалищная часть шейки матки приобретает нормальный цвет.

Мы рекомендуем проводить криокоагуляцию очагов эндометриоза шейки матки на 6—8-й день менструального цикла, чтобы до очередной менструации успел завершиться процесс заживления шейки матки и была исключена возможность имплантации эндометрия на раневой поверхности шейки матки. Метод криокоагуляции имеет большое преимущество по сравнению с диатермокоагуляцией, при которой процесс заживления более длительный.

Высокая эффективность криодеструкции отмечается при комбинированном лечении распространенных форм ретроцервикального эндометриоза, когда полностью иссечь патологически измененные ткани не представляется возможным из-за опасности ранения прямой кишки и мочеточников.

Нами разработан метод, заключающийся в хирургическом иссечении очагов ретроцервикального эндометриоза влагалищным путем по возможности в пределах здоровых тканей, после чего производится обработка раны криовоздействием. Очень важно избрать правильное направление зонда для обеспечения максимального противорецидивного и анальгетического эффекта, а также профилактики ранения кишечника. Наконечник криозонда следует установить на задней поверхности шейки матки почти параллельно ей. Криообработку осуществляют дважды по 3,5—5 мин с интервалом в 3 мин.

При более глубоком прорастании очагов эндометриоза в область крестцово-маточных связок выполняют заднюю кольпотомию и криодеструкцию очагов эндометриоза.

В заключение следует отметить высокую ценность применения в оперативной гинекологии криохирургии. Имеется еще много резервов в усовершенствовании технической характеристики используемых криоустановок и разработке новых аппаратов.

Ультразвуковая обработка инфицированных ран. Существуют различные методы лечения гнойных ран и оперативного лечения гинекологических заболеваний, сопровождающихся нагноительными процессами. Однако ни один из методов обработки ран не является совершенным. Не-

возможно глубоко иссечь инфицированные ткани. Недостаточна эффективность медикаментозной терапии. Особого внимания заслуживает способ ультразвуковой обработки инфицированных ран, заключающийся в подаче в раненую полость лекарственного раствора, погружения в него колеблющегося волновода и озвучивании раневой поверхности через лекарственный раствор. Такая обработка позволяет значительно ускорить процесс отторжения некротических тканей, увеличить глубину проникновения лекарственного раствора в ткани, уменьшить количество бактериальной микрофлоры на раневой поверхности и стимулировать процессы естественного заживления раны. Указанный способ нашел широкое применение в клинике общей, гнойной и полостной хирургии. В гинекологии он не использовался из-за трудности и неудобства применения его при обработке половых органов.

Аппарат, предназначенный для ультразвукового распыления жидких сред на различные поверхности, может быть использован в гинекологии с целью получения аэрозолей. Этот аппарат позволяет произвести ультразвуковую обработку любых биологических объектов, низкочастотную ультразвуковую терапию, ультразвуковой гидромассаж. В частности, возможна ультразвуковая обработка обширных инфицированных и ожоговых ран.

Анализ микрофлоры до и после озвучивания показал, что через 5—6 ч после первой ультразвуковой обработки количество микробов уменьшается примерно на 30%. Отмечаются легкий зуд в ране и вокруг нее. После второго озвучивания раны очищались от фибринозно-гнойных налетов, некротических тканей. После 3—4 сеансов появляется яркая грануляция и вокруг раны уменьшается воспалительный инфильтрат.

Устройство для ультразвукового распыления лекарственных сред является приставкой к серийно выпускаемым медицинским ультразвуковым установкам УРСК-7Н и УРСК-7Н-18, позволяет производить бесконтактную ультразвуковую обработку биологических объектов, например гнойных ран.

Право выбора лекарственного препарата в растворе остается за врачом (раствор хлоргексидина, диоксидина и других антисептиков).

7.7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ

В настоящее время для совершенствования хирургической техники используют различные сшивающие аппараты (рис. 7.10): аппарат для ушивания корня легкого — УКЛ-40/60, ушивания органов — УО-60/40, ушивания тканей легкого — УТЛ-70, ушивания тканей органов — УТО-70, ушивания сосудов — УС-70, ушивания артериального протока — УАП, наложения желудочно-кишечных анастомозов — НЖКА и др. Все эти сшивающие аппараты советского производства.

Использование механического шва снижает операционную кровопотерю и значительно сокращает время вмешательства.

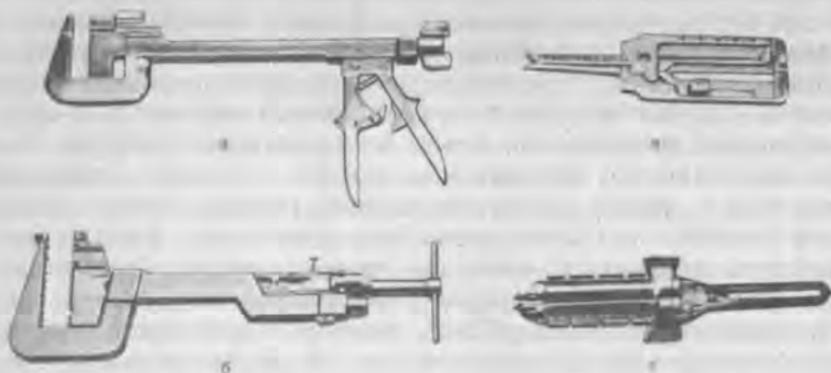


Рис. 7.10. Сшивающие аппараты.

а — для ушивания корня легкого; б — для ушивания ткани легкого; в — для наложения желудочно-кишечных анастомозов; г — для сшивания кишок.

Сшивающие аппараты нашли широкое применение в абдоминальной, сосудистой и грудной хирургии. При наложении механического шва образуется ровный эластичный рубец. Во время операции уменьшается травматизация тканей, края раны сопоставляются с образованием герметичного шва и хорошим гемостазом, что благоприятно влияет на процессы регенерации.

Для ушивания тканей пользуются танталовыми скобками. Тантал — металл с атомной массой 181,88 и порядковым номером 73. Он эластичен, прочен, упруг, вытягивается в нити и штампуются. Экспериментальные и химические исследования показали, что тантал инертен в живых тканях, не обладает электролитической активностью, характеризуется значительной стойкостью по отношению к коррозии.

Реакция тканей организма на тантал значительно слабее, чем на общеупотребительные шовные материалы (кетгут, лавсан, капрон, шелк). Танталовые скобки являются надежным шовным материалом, создающим герметичный шов, в котором регенеративные процессы протекают быстро и без выраженной воспалительной реакции.

В настоящее время четко определены условия и противопоказания к использованию сшивающих аппаратов. В гинекологической практике можно использовать практически все сшивающие аппараты. Выбор аппарата зависит от характера операции.

Необходимыми условиями использования сшивающего аппарата являются подвижность удаляемого органа и возможность подводить бранши аппарата под ткани, которые необходимо ушивать, а также эластичность тканей. Сшивание должно производиться в пределах здоровых тканей. Если толщина стенки сшиваемого органа велика, то ткань раздавливается между браншами аппарата. Скобки могут не прошить всю ткань; при этом не

обеспечивается герметизация. Необходима тщательная проверка зарядки аппарата непосредственно перед его применением.

Использовать сшивающий аппарат нельзя, если бранши невозможно подвести к участкам ткани, которые надо ушить. Такие ситуации возникают при интралигаментарном расположении опухолей, низком расположении узлов и миоме шейки матки, эндометриoidных кистах яичника и ретроцервикальном эндометриозе. Варикозное расширение вен малого таза и обширный спаечный процесс также часто не позволяют использовать сшивающую аппаратуру.

Сшивающие аппараты применяют при следующих операциях.

Операция при т р у б н о й б е р е м е н н о с т и. При локализации беременности в ампулярном и истмическом отделах аппараты УО-40 или УО-60 накладывают на мезосальпикс и одновременно на угол матки. Образование прошивают танталовыми скобками и скальпелем отсекают трубу у края бранши аппарата с иссечением маточного угла.

У д а л е н и е п р и д а т к о в м а т к и. Сшивающий аппарат УО-40 или УО-60 накладывают на воронкотазовую, собственную связку яичника, мезосальпикс и угол матки. Образования прошиваются танталовыми скобками и отсекаются от края бранши аппарата.

Н а д в л а г а л и щ н а я а м п у т а ц и я м а т к и б е з п р и д а т к о в. Тело матки захватывают пулевыми щипцами и выводят в рану. На ребро матки поочередно с обеих сторон до уровня внутреннего зева накладывают зажимы Кохера, а параллельно им сшивающий аппарат УО-40 или УО-60. При этом одновременно лигируют круглую связку, собственную связку яичника и маточную трубу. Образования прошивают танталовыми скобками и отсекают скальпелем по краю бранши аппарата. Вместо зажима Кохера можно использовать второй ряд параллельных скобок, что практически исключает кровотечение из матки. Далее операцию продолжают обычным способом.

Конструкция аппарата не позволяет прошивать маточные сосуды при надвлагалищной ампутации матки из-за разнородности тканей.

Н а д в л а г а л и щ н а я а м п у т а ц и я м а т к и с п р и д а т к а м и. После выведения матки в рану поочередно на ребра матки и воронкотазовую связку накладывают сшивающий аппарат УО-40 или УО-60. Образования прошивают и отсекают. Операцию заканчивают обычным способом.

Э к с т и р п а ц и я м а т к и. На ребра матки поочередно и воронкотазовые связки с обеих сторон (если придатки удаляют) накладывают сшивающий аппарат УО-40 или УО-60. Образования прошивают танталовыми скобками и пересекают. Вскрывают пузырно-маточную складку брюшины. Мочевой пузырь отсепа- ровывают острым и тупым путем и спускают книзу. В дальнейшем сшивающий аппарат УО-40 или УО-60 может быть использован для прошивания маточных сосудов. Матку ротируют влево

или вправо в зависимости от того, на какую сторону накладывают сшивающий аппарат. Его накладывают параллельно шейке матки на сосудистые пучки и крестцово-маточные связки. Последние прошивают танталовыми скобками и отсекают по бранше аппарата скальпелем. Перитонизацию влагалища выполняют обычным способом.

Экстирпация матки влагалищным путем. Аппараты УО-40 и УО-60 используют тогда, когда после соответствующих манипуляций матку выводят через переднее или заднее кольпотомное отверстие. Бранши аппарата подводят снизу, аппарат накладывают и фиксируют по ребру матки поочередно справа и слева. При этом прошивают кардинальные связки, круглые, собственные связки яичника, листки широких маточных связок, крестцово-маточные связки и сосуды. Чтобы избежать кровотечения из матки, на ребро параллельно можно наложить зажим или дополнительный ряд танталовых скобок. Образование отсекают по краю бранши аппарата. Аппарат снимают. Операцию заканчивают, как обычно.

Применение механического шва при операции создания искусственного влагалища из сигмовидной кишки. Несмотря на успехи хирургии и наличие антибиотиков, операция создания искусственного влагалища не может считаться безопасной и обычно производится лишь в отдельных клинических учреждениях.

Кольпопозз делится на три этапа: 1) создание ложа для влагалища — рассечение слизистой оболочки входа во влагалище и расслоение клетчатки между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины; 2) чревосечение поперечное, надлобковое; мобилизация трансплантата сигмовидной кишки длиной 12—15 см; восстановление проходимости кишечника анастомозом бок в бок; вскрытие брюшины над ложем влагалища и проведение в него трансплантата сигмовидной кишки; 3) подшивание слизистой оболочки дистального отдела трансплантата к области входа во влагалище.

Самым длительным и опасным в отношении инфицирования этапом операции является мобилизация трансплантата кишки в связи с нарушением целостности трубки толстого кишечника, имеющего обильную бактериальную флору.

При операции создания искусственного влагалища используют аппараты для ушивания корня легкого (УКЛ-60) и ткани легкого (УТЛ-70). В отличие от аппарата УКЛ-60 аппаратом УТЛ-70 можно накладывать двухрядный механический шов с погружением, что не требует дополнительной перитонизации. С целью создания анастомоза в большинстве случаев применяют аппарат для наложения боковых желудочно-кишечных анастомозов (НЖКА) и аппарат для сшивания кишок (СК). При помощи этих аппаратов накладывают механические швы танталовыми скобками или скобками из сплава К40 НХМ, которые не вызы-

вают воспалительной реакции и не воздействуют отрицательно на окружающие ткани.

На втором этапе операции кольпопозза с применением сшивающих аппаратов после выбора участка трансплантата мобилизуют брыжейку сигмовидной кишки. Для создания наибольшей подвижности трансплантата участок брыжейки, соответствующий дистальному отрезку кишки, мобилизуют почти до корня последней.

На дистальный отдел трансплантата накладывают жесткий зажим и параллельно ему сигмовидную кишку захватывают и прошивают первым рядом швов аппаратом УТЛ-70. Затем кишку отсекают по браншам аппарата, бранши разводят и культю инвагинируют. Второй ряд механических швов накладывают на серозно-мышечные слои кишки и таким образом производят перитонизацию. На дистальный отдел трансплантата, подлежащего проведению через влагалитное ложе, вместо зажима накладывают кисетный шов толстым шелком с погружением слизистой оболочки кишки внутрь кисетного шва.

Проксимальный отдел трансплантата, остающийся в полости живота, прошивают аппаратом УКЛ-60, а параллельно этому

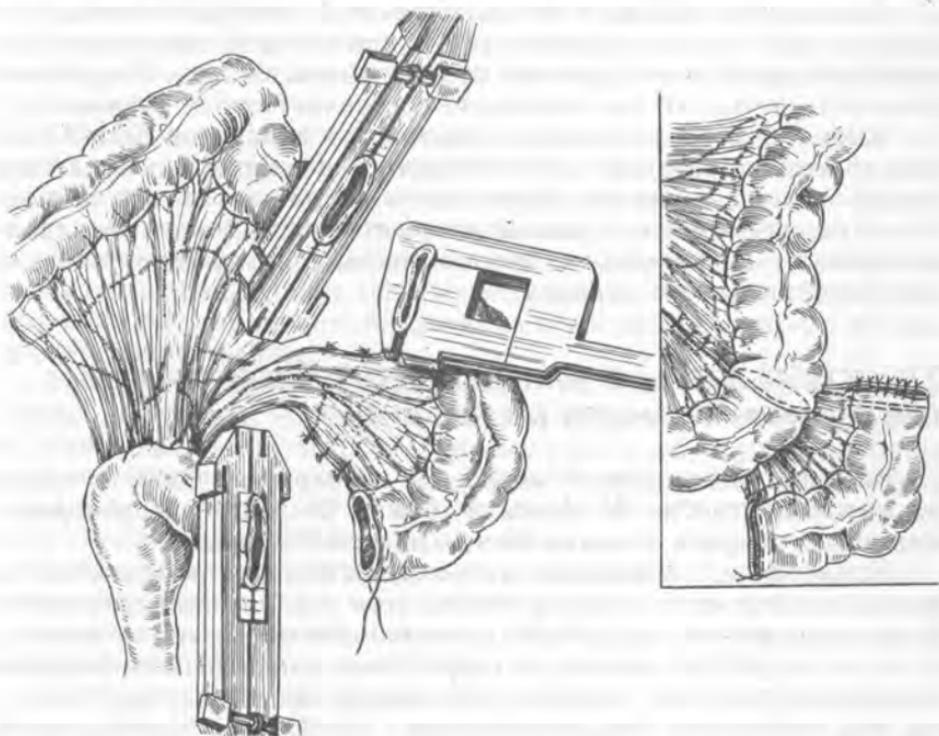


Рис. 7.11. Наложение сшивающих аппаратов на сигмовидную кишку при сигмоидальном кольпопоззе.

1 — кисетный шов; 2 — резецированная кишка ушита с помощью аппарата УКЛ-60; 3 — наложен анастомоз.

шву накладывают шов аппаратом УТЛ-70. Между браншами аппаратов кишку рассекают. Затем отдельными узловатыми шелковыми швами производят перитонизацию купола будущего влагалища. Ушивание всех культий кишки с применением аппаратов занимает не более 10 мин (рис. 7.11).

После ушивания культий сигмовидной кишки ее проходимость восстанавливают наложением анастомоза бок в бок аппаратом НЖКА. С этой целью после наложения направляющих швов держалок на заднюю стенку будущего анастомоза накладывают узловые шелковые швы.

У нижнего угла накладывают задний полуовал кисетного шва. Остроконечным скальпелем в стенках кишки делают отверстия, в которые вводят бранши аппарата НЖКА, и заканчивают кисетный шов.

Продвигая вперед нож-клин аппарата, накладывают анастомоз. Бранши аппарата удаляют. Затягивают и завязывают кисетный шов. На переднюю стенку анастомоза дополнительно накладывают серо-серозный шелковый шов. Особенно тщательно укрывают место кисетного шва, проверяют проходимость анастомоза и ушивают отверстия в брыжейке кишки. Для наложения анастомоза необходимо 5—10 мин.

При другом варианте выполнения этой операции используют аппарат для сшивания кишок (СК), при котором анастомоз сигмовидной кишки накладывают по типу конец в конец. Продолжительность операций на кишечнике составляет около 20 мин.

Таким образом, применение сшивающих аппаратов НИИЭХАИ при операции создания искусственного влагалища одорукавным способом по Гиговскому значительно сокращает время вмешательства, упрощает его, повышает асептичность, уменьшает травматичность оперативного вмешательства и улучшает течение послеоперационного периода.

7.8. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Впервые операционный микроскоп использовал при операциях на маточных трубах W. Waltz в 1959 г. Широкое распространение метод получил в конце 60-х — начале 70-х годов.

Применение специальных микрохирургических инструментов и шовного материала, а также оптического увеличения оперативно-го поля позволяют осуществить невыполнимые ранее вмешательства на структурах малого размера. Операции с использованием микрохирургических приемов направлены на повышение точности, анатомичности, атравматичности, достижение полноценного гемостаза, значительное уменьшение тканевой реакции на операционную травму, что обеспечивает снижение числа послеоперационных осложнений.

Однако, несмотря на возможность восстановления анатоми-

ческой проходимости трубы после оперативных вмешательств, беременность наступает лишь у каждой 3—4-й женщины. Это побуждает к непрерывному пересмотру принципов отбора пациентов, методов консервативного лечения, реабилитационных мероприятий, к усовершенствованию методик самих операций, что непосредственно связано с дальнейшим прогрессом микрохирургии. Частота возникновения беременности после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах средствами обычной хирургии достигает 33 %, тогда как при использовании прецизионного метода этот показатель возрастает до 54 %.

При операциях по поводу трубного бесплодия следует придерживаться основных микрохирургических принципов.

Операции целесообразно производить в I фазе менструального цикла как с учетом преобладания анаболических процессов, так и с целью предотвращения повышенной кровоточивости тканей и профилактики травмы желтого тела.

Необходимо обеспечить тщательный гемостаз и постоянное увлажнение тканей в процессе операции изотоническим раствором хлорида натрия или (как поступают большинство хирургов) растворами декстранов, предотвращающих растяжение и сморщивание тканей.

Важными моментами являются иммобилизация и выведение в рану выделенной из спаек маточной трубы, что достигается предварительной тугой тампонадой влагиалища, способствующей эвации матки.

Обязательно введение в матку через канал наконечника для гистеросальпингографии или эластичного мочевого катетера типа Фолея с целью определения интраоперационно места окклюзии с помощью индигокармина или метиленового синего.

Необходимым компонентом микрохирургических операций является использование оптического увеличения в 2—6 раз (лупа) либо операционного микроскопа с увеличением в 10—40 раз, что предпочтительнее.

Преимуществами операционной лупы являются ее портативность, легкость и удобство ношения, отсутствие необходимости в стерилизации или обработке, возможность манипулирования на органах брюшной полости на разной глубине без специальной наладки, дешевизна. Отрицательными моментами при пользовании лупой является напряжение мышц шеи, головы и плечевого пояса хирурга, невозможность длительное время выполнять операцию. Кроме того, максимальное увеличение в 6 раз, которое дает лупа, порой недостаточно. Наиболее известны лупы фирмы «Keeler» (Англия) и «Desing for Vision» (США).

Операционный микроскоп обеспечивает большое оптическое поле с большей глубиной и увеличением, которое можно регулировать в процессе операции. Современные микроскопы снабжены специальным устройством, разделяющим световой поток, который подводится к дополнительному бинокюляру для ассистента. Этот же бинокюляр используется для фото- или видеозаписи опе-

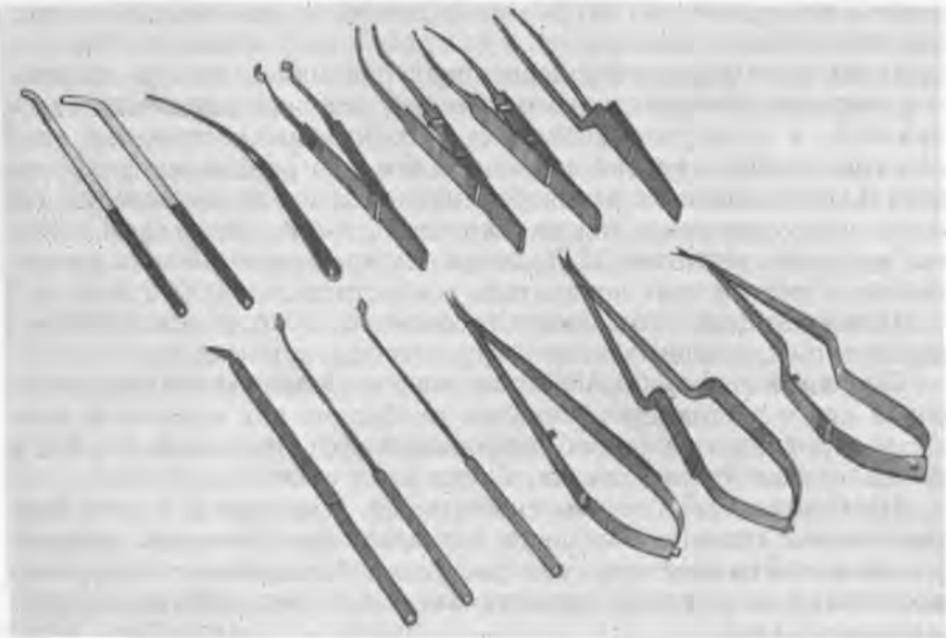


Рис. 7.12. Микроинструментарий.

рации. Недостатками микроскопов являются их стационарность, необходимость обеспечения стерильности тела микроскопа, громоздкость, ограничение движений рук хирурга в операционном поле, а также дороговизна. Наиболее известны микроскопы фирмы «Zeiss» (ГДР), которые в СССР поступают под торговой маркой «Оптон».

По нашему мнению, при наличии лупы и микроскопа лупу следует использовать на первом этапе операции (разделение спаек, выделение и мобилизация маточной трубы). После фиксации ее рекомендуется продолжить операцию под микроскопом.

Основным принципом микрохирургической операции должна быть максимальная атравматичность, что достигается легкими движениями пальцев хирурга, использованием мягких зажимов, пластиковых и стеклянных стержней, микрокоагуляции. При этом разделение спаек предпочтительнее производить монополярным игольчатым микроэлектродом, точечный гемостаз — с помощью биполярного микропинцета. Все манипуляции необходимо выполнять при непрерывном увлажнении тканей, особенно серозных покровов, изотоническим раствором хлорида натрия.

Микрохирургические операции производят микроинструментарием (рис. 7.12), атравматическими микроиглами и сверхтонким инертным или ареактивным шовным материалом. Необходим следующий набор микроинструментов:

- 1) пинцеты для завязывания нитей;
- 2) пинцеты для манипуляций с тканями трубы (маленькие — прямые и изогнутые ювелирные пинцеты);

3) пинцеты, поддерживающие трубы в подвешенном состоянии;

4) микрохирургические иглодержатели — длинный для наложения швов в глубине полости таза, короткий для работы на поверхности операционного поля. Бранши его сужаются в тонкий, слегка притупленный кончик, позволяющий работать с легкостью с нитями № 9/0 и 10/0. Эти иглодержатели не имеют замка, что увеличивает управляемость инструмента тонкими иглами;

5) зонд для контроля проходимости маточной трубы;

6) шприц с насаживаемой канюлей для промывания и орошения трубы;

7) микроножницы типа глазных (большие — для срезания нитей, малые — для разрезания тканей);

8) ножницы для разделения спаек вокруг яичника и трубы.

Микроинструменты изготавливаются из нержавеющей стали или титана. Преимуществами последних являются высокая точность, легкость, отсутствие способности намагничиваться и подвергаться коррозии. Однако многие хирурги считают, что нержавеющая сталь более удобна в эксплуатации.

Поверхность металлических инструментов, особенно иглодержателя, должна быть тусклой во избежание отраженных бликов от света микроскопа.

Результат операции во многом зависит от шовного материала. Общепринятым является положение о том, что традиционные для оперативной гинекологии шелк, капрон и кетгут неприменимы для микрохирургических операций в связи с выраженным местным реактивным воспалением, которое вызывают эти нити. Оптимальными являются нити калибра 8—0 из пролена, дексона, викрила, которые дают минимальную тканевую реакцию. Последнее поколение нитей — это мононити (моноклетчатные), имеющие преимущества перед плетеными, они более прочны при растяжении, ареактивны. При сравнении нитей на основе полигликолевой кислоты (дексон) и полилактиковой кислоты (викрил) большинство микрохирургов отдадут предпочтение викрилу. Оптимальные размеры микрохирургических игл должны быть диаметром 100—145 мкм.

При микрохирургических операциях следует сохранять маточную трубу длиной не менее 5—6 см.

Профилактика спаечного процесса. Одним из факторов, сводящих на нет выполненную операцию, является спаечный процесс, который, как правило, возникает в результате ишемии тканей, высыхания поверхности брюшины, избыточного положения швов, особенно кетгутовых, вызывающих натяжение тканей и брюшины, недостаточный туалет брюшной полости, оставление в ней сгустков крови, мелких частиц марли, талька, грубое применение инструментария, большая продолжительность операции.

С целью профилактики спаечного процесса после операции

некоторые хирурги предлагают создание искусственного асцита введением в брюшную полость перед ее зашиванием 150—200 мм декстрана, который обладает антитромботическим силиконизирующим действием, окутывает травмированные поверхности брюшины, уменьшает адгезивность кровяных сгустков. Он обладает электрической нейтральностью, поддерживая отрицательный заряд серозной поверхности, способствует отталкиванию молекул фибриногена и предотвращает спайкообразование. Благодаря механическому действию тяжелой жидкости декстран отделяет органы друг от друга в результате эффекта гидроротации. Он создает осмотический градиент, способствуя увеличению количества жидкости в брюшной полости и препятствуя соприкосновению тканей в ранних стадиях заживления.

По нашим данным, оптимальными методами профилактики осложнения являются ранняя гипербарическая оксигенация и реабилитация с помощью физиотерапевтических методов, а также дренирование брюшной полости двухпросветными силиконовыми трубками для последующей лапароскопии, санации и разделения спаек на 4—8-е сутки послеоперационного периода.

Противопоказанием к операции микрохирургической пластики труб являются возраст старше 35 лет, длительность бесплодия более 10 лет, многократные гидротубации в анамнезе, острые и подострые воспалительные процессы брюшной полости, а также наличие экстрагенитальных заболеваний, при которых беременность и роды противопоказаны.

Перед операцией по поводу трубного бесплодия необходимы обследование больной с применением тестов функциональной диагностики, гистеросальпингография, лапароскопия. Обязательным является и исследование спермы мужа.

Следует обратить внимание на то, что каждая больная предварительно должна быть осведомлена об особенностях оперативной техники, возможных неудачах и осложнениях, а также о том, что эффективность операции невысока, предстоят длительная реабилитационная терапия и, возможно, контрольная лапароскопия.

Различают следующие этапы микрохирургической операции:

1. Подготовка больной в положении с разведенными бедрами, введение в полость матки катетера Фолея или наконечника для введения индигокармина. Целесообразна тампонада влагалища для элевации матки.

2. Проверка и настройка операционного микроскопа по отношению к больной.

3. Хирургический доступ. Разрез по Пфанненштилю мы считаем достаточным для выполнения этих операций. При повторном чревосечении — по старому рубцу. Одни хирурги предлагают широкую отслойку подкожной жировой клетчатки от апоневроза, другие рассекают прямые мышцы для улучшения доступа к половым органам и свободы манипуляций. Необходимы тщательный гемостаз и профилактика попадания крови в брюшную полость.

4. Разделение спаек в брюшной полости и мобилизация маточных труб. Только после окончания всех манипуляций в брюшной полости — сопутствующей миомэктомии, резекции яичников или разделения спаек — можно приступить непосредственно к пластике маточных труб.

Если матка недостаточно элевирована и маточные трубы не мобилизованы, то возможно подтягивание матки за круглые связки. Прошивание матки в области дна не рекомендуется, поскольку возможны прорезание швов и кровотечение. Разделяют лишь спайки, нарушающие проходимость и конфигурацию труб. По возможности спайки удаляют.

5. Уточнение места окклюзии маточной трубы. Его устанавливают введением контрастного вещества в полость матки, зондированием маточных труб через ампулярный отдел, заполнением жидкостью маточных труб со стороны ампулярных отделов с помощью шприца и специальной канюли. Отдельные авторы во время операции вводят контрастную жидкость в полость матки, прокалывая шприцем с иглой ее через дно.

6. Фиксация (иммобилизация) маточной трубы в области операционного поля с помощью влажных тампонов. Затем настраивают микроскоп. Операцию производят под микроскопом с применением микрохирургического инструментария, шовного ареактивного материала на атравматических иглах № 8/0, микрокоагуляции (би- и монополярными микропинцетами и иглой) в условиях постоянного увлажнения операционного поля и брюшины.

Согласно данным специального комитета IX Всемирного конгресса по плодовитости и бесплодию. (1977), при бесплодии проводят следующие основные виды оперативных вмешательств на маточных трубах: сальпинголизис, фимбриопластику, сальпинго-неостомию, анастомоз, имплантацию, комбинированные операции.

Приводим подробную классификацию [Lauersen W. H., 1987].

Характеристика видов оперативных вмешательств

- I. Имплантация:
 - а) перешейка;
 - б) ампулы.
- II. Анастомоз:
 - а) маточной части: с 1) перешейком, 2) с ампулой;
 - б) перешейка: 1) с перешейком, 2) с ампулой;
 - в) ампулы с ампулой.
- III. Сальпингонеостомия (сальпингостомия):
 - а) терминальная;
 - б) среднеампулярная (промежуточная);
 - в) перешеечная (включая линейную сальпингонеостомию).
- IV. Фимбриопластика:
 - а) дезагглютинация и (или) дилатация;
 - б) рассечение брюшинного кольца;
 - в) рассечение стенки трубы.
- V. Адгезиолизис (сальпинголизис):
 - а) минимальные спайки (тяж захватывает менее 1 см трубы или яичника);

- б) умеренные спайки (яичник или труба частично окружены сращениями);
- в) выраженные спайки (инкапсулирующие сращения вокруг труб или яичника).

VI. Комбинированные операции:

- а) неодинаковые вмешательства на правой и левой трубе;
- б) множественные вмешательства на одной и той же трубе.

Представленная классификация громоздкая, но представляется целесообразной, поскольку позволяет точно определить патологию маточной трубы, объем выполненной операции и соответственно прогнозировать результаты лечения. Все указанные операции в принципе выполнимы и без использования микрохирургической техники, но при этом эффективность их снижается почти в 2 раза.

Сальпинголизис заключается в освобождении маточной трубы из окружающих спаек. Спайки разделяют острым путем или коагулируют. Тщательно следят за гемостазом (рис. 7.13).

Сальпингостомия. Рассекают заросший ампулярный отдел маточной трубы. Крестообразно рассеченные участки подшивают к брюшине трубы. Ампулярный конец трубы можно фиксировать около яичника (рис. 7.14).

Пересадка маточных труб в матку — более сложная операция (рис. 7.15). Ее производят при непроходимости маточной трубы в интерстициальном отделе. Во время операции в маточную трубу через ампулярный отдел вводят изотонический раствор хлорида натрия или метиленовый синий. Манипуляция облегчает определение непроходимого участка маточной трубы. Затем иссекают непроходимый участок трубы. Предварительно можно вскрыть брюшину трубы. В матке в трубном углу иссекают участок стенки матки диаметром 0,5 см скальпелем, либо отверстие создается специальным пробойником. Имплантируемый участок трубы рассекают на две половинки на протяжении 1 см и затем круглой иглой подшивают трубу к матке изнутри снаружy. Оба конца лигатуры выводят наружу и завязывают. Завязывать лигатуры следует после прошивания обоих лоскутов. На брыжейку трубы накладывают лигатуры.

Резекция obturated участка трубы с последующей микрохирургической послойной сальпинго-сальпингостомией (наложение двух рядов швов отдельно на мышечную и серозную оболочки) обеспечивает не только прочность и герметичность соустья, но и более быстрое восстановление функциональной активности труб, что связано с полной и быстрой регенерацией их нервно-мышечного аппарата (рис. 7.16, 7.17).

Относительно целесообразности реконструктивно-пластических вмешательств при наличии гидросальпинкса нет единой точки зрения. Нельзя отрицать тот факт, что неспособность к зачатию после реконструкции ампулярного отдела при гидросальпинксе может быть обусловлена отсутствием регенерации слизистой оболочки, восстановления нормальной перистальтики трубы и со-

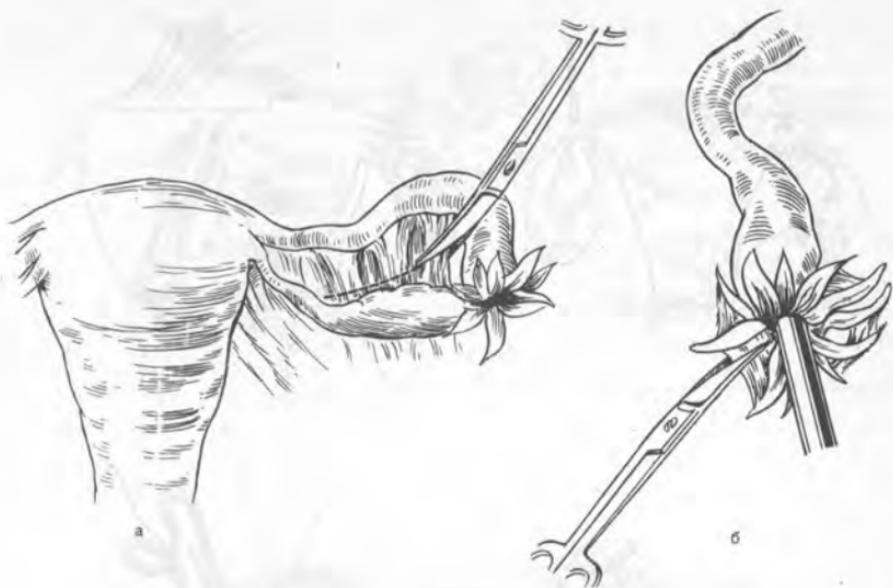


Рис. 7.13. Сальпингоовариолизис.

а — рассечение спаек острым путем ближе к месту прикрепления к брюшине (пунктиром отмечена линия разделения спаек); б — введение зонда в просвет трубы, дезагглютинация, разделение спаек между бахромками.

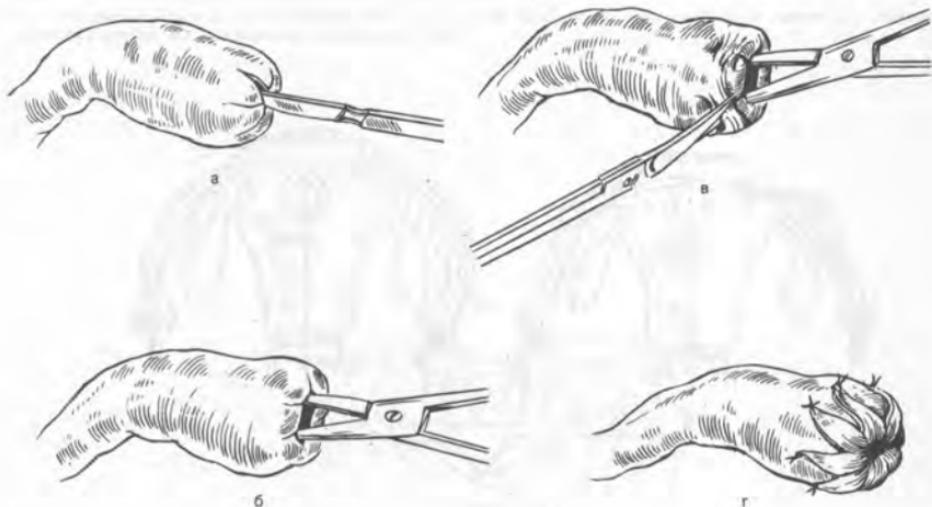


Рис. 7.14. Сальпингонеостомия.

а — рассечение скальпелем ампулярного отдела трубы; б — введение зажима в просвет трубы; в — освобождение бахромок трубы; г — подшивание бахромок трубы к серозной оболочке.

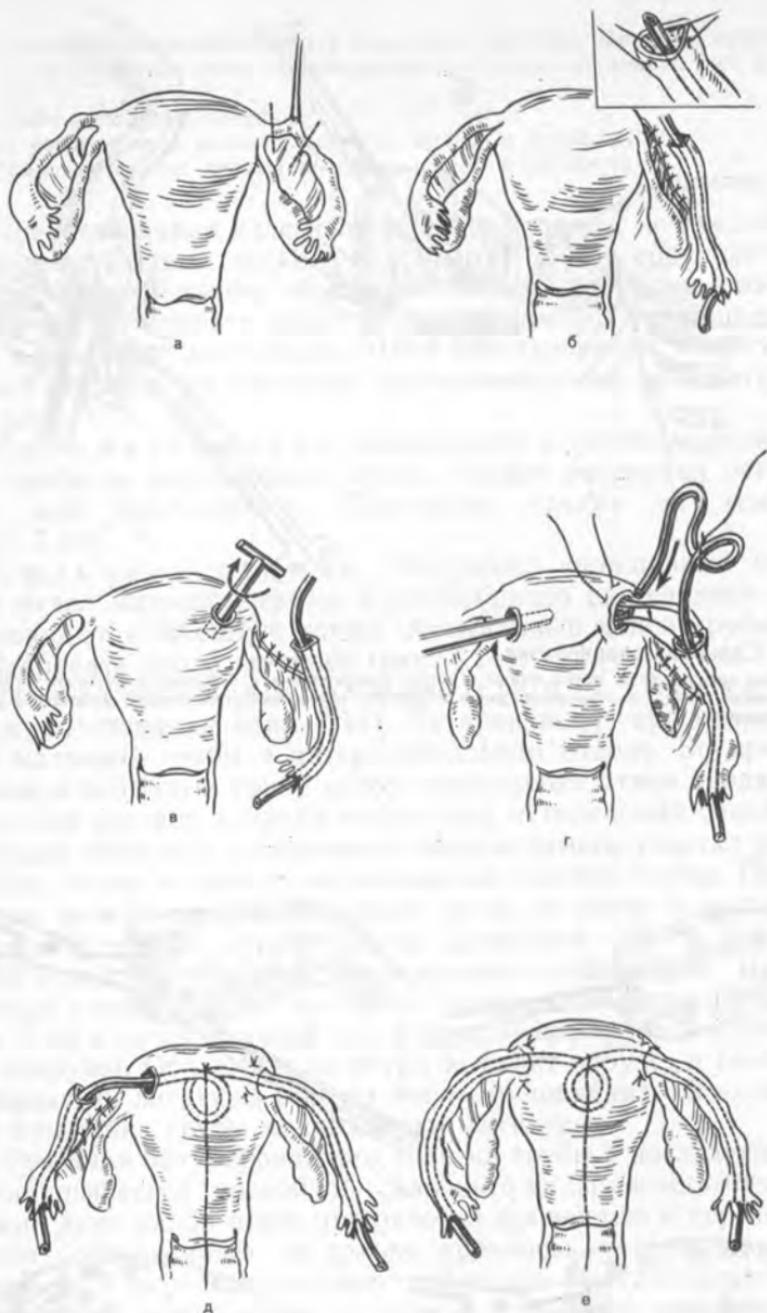


Рис. 7.15. Имплантация маточной трубы в матку.

а — иссечение непроходимого участка маточной трубы; б — введение временного эндопротеза в маточную трубу; в — создание отверстия в матке; г — выведение швов на трубе наружу через переднюю и заднюю стенки матки; д — имплантация трубы в полость матки; е — трубы имплантированы в полость матки. Нити от эндопротеза выведены через шейку матки.

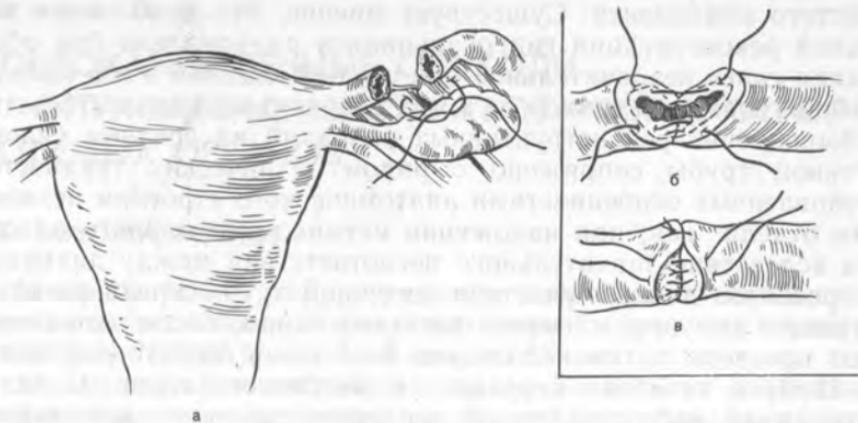


Рис. 7.16. Истмико-истмический анастомоз.

а — сближение концов трубы наложением шва на ее брыжейку; б — наложение швов на слизистую оболочку трубы; в — наложение мышечных швов.

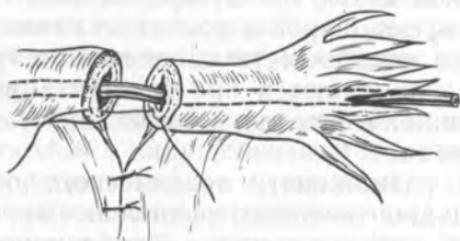


Рис. 7.17. Истмико-ампулярный анастомоз. Наложение швов (слизисто-слизистого, мышечно-мышечного, серозно-мышечного) над временным эндопротезом.

судистого компонента. Существует мнение, что выполнение дистальной реконструкции гидросальпинкса рационально при образовании спаек незначительной или средней степени и что наличие фимбрий повышает шансы на успех оперативного вмешательства.

Выполнение реконструктивных операций на среднем участке маточной трубы сопряжено с рядом технических трудностей, обусловленных особенностями анатомического строения истмического отдела. Так, при наложении истмико-ампулярного анастомоза вследствие значительного несоответствия между диаметрами просветов данных участков маточной трубы предварительно стягивают ампулярный конец кистетным швом, после чего совмещают просветы путем наложения 3—4 швов сверхтонкой нитью (№ 10/0) с захватом серозного и мышечного слоев. С целью контроля за восстановлением проходимости через ампулярный конец трубы вводят зонд. В случаях наложения ампуло-ампулярного анастомоза совмещение просветов трубы достигается 5—6 швами тонкой нитью по периферии анастомоза.

В настоящее время широкое использование протекторов не рекомендуется из-за возможности повреждения трубного эпителия. В основном они применяются при имплантации трубы в матку.

Пересадка яичника в матку неэффективна, поэтому не может быть рекомендована.

Современные возможности технического оснащения, позволяющие с помощью оптического увеличения произвести оперативное вмешательство более точно и бережно, применение новых сверхтонких, ареактивных шовных материалов открывают широкие перспективы для совершенствования функциональной хирургии маточных труб. Практическое значение этой области клинической гинекологии заключается в оценке целесообразности предполагаемого оперативного вмешательства. Микрохирургическое вмешательство может быть лишь методом выбора при лечении трубного бесплодия, являясь звеном в общей цепи мероприятий, направленных на совершенствование и расширение возможностей функциональной хирургии маточных труб.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

8.1. МИОМА МАТКИ

Миома матки — распространенное заболевание. Данные популяционных исследований свидетельствуют о том, что миома встречается у 15—17 % женщин старше 30 лет.

Миома матки — доброкачественная опухоль из мышечных и соединительнотканых элементов. В случае преобладания в опухоли мышечных элементов пользуются термином «миома» матки, при превалировании соединительнотканной стромы — «фиброма», а при одинаковом содержании обеих тканей — «фибромиома». Последняя встречается чаще всего. Наиболее распространен термин «миома» матки, поэтому далее мы будем пользоваться этим наименованием.

По современным представлениям, миома матки является дисгормональной опухолью с нарушениями в системе гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников — яичники. Дисгормональная природа опухоли обуславливает наличие ряда метаболических нарушений, функциональную недостаточность печени, а также нередко нарушения жирового обмена. Гипоталамо-гипофизарные расстройства могут предшествовать возникновению новообразования или развиваться вторично в связи с патологической аферентацией из миоматозной матки.

У больных с миомой матки высок инфекционный индекс, часто отмечается бесплодие, нередко также нарушения менструальной функции.

При исследовании продукции гонадотропных гормонов гипофиза выявляется, что на протяжении менструального цикла она особенно не отличается от нормы, содержание эстриола не увеличено, а прогестерон находится на нижней границе нормы, что, по-видимому, обуславливает неполноценность второй фазы цикла. Кроме того, у больных с миомой матки имеет место большое число дегенеративных ооцитов.

Количество ядерных эстрогенных рецепторов при миоме матки значительно ниже, чем в норме. Количество суммарных прогестероновых рецепторов на клетку при миоме ниже, чем у здоровых женщин. Рост и развитие миомы матки в значительной степени обусловлены нарушениями эстрогенрецепторной системы миометрия. В зависимости от размеров миомы изменяется уровень рецепции прогестерона в опухоли и миометрии.

При миоме матки выявлены гипоксия и снижение обменных процессов в ткани миометрия, что установлено при изучении спектров электронного парамагнитного резонанса.

Таким образом, для миомы матки характерно нарушение периферических звеньев, ответственных за репродуктивную функцию, но отсутствуют значительные изменения центральных механизмов регуляции.

При миоме матки часто имеют место нарушения функций сердечно-сосудистой системы, которые обусловлены наличием явной или скрытой анемии. По мере прогрессирования болезни развиваются функциональные и метаболические нарушения. Если на ранних этапах существования миомы гемодинамика характеризуется увеличением объема циркулирующей крови преимущественно за счет глобулярного объема, то в дальнейшем возникает гиповолемиа, тяжесть которой зависит от давности заболевания, темпов роста и размеров опухоли, характера менструальной функции. Нарушения гемодинамики сочетаются с изменениями регионарного кровообращения, белкового обмена и водно-электролитного баланса. Особенностью регионарного кровообращения является развитие застойных явлений в сосудах головного мозга, тяжесть которых зависит от выраженности гиповолемии. Эти изменения имеют довольно стойкий характер и не устраняются в ближайшее время после операции. В связи с этим коррекция нарушений гемодинамики, белкового обмена, водно-электролитного баланса должна быть одной из задач комплексной терапии при ведении больных с миомой матки.

Опухоль возникает межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки) подбрюшинные (растущие в сторону брюшной полости) и подслизистые (растущие в сторону слизистой оболочки матки) узлы опухоли (рис. 8.1). Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительнотканых элементов стенки матки. Капсула подбрюшинных узлов образована также за счет брюшинного покрова матки. Подслизистые узлы имеют капсулу из мышечного слоя и слизистой матки. Эти формы опухоли различаются не только клинически, но также морфологически и гистохимически. В подслизистых узлах активность обменных процессов выше, что обеспечивает более быстрый рост их.

Наиболее часто (в 80 %) встречаются множественные миомы матки с различным числом узлов неодинаковой величины и формы.

Значительно реже имеют место одиночные подбрюшинные или интерстициальные узлы. Подбрюшинные узлы могут быть связаны с телом матки широким основанием или растут непосредственно под брюшиной и связаны с маткой только ножкой. Такие узлы очень подвижны и ножки легко подвергаются перекручиванию. Подслизистые узлы встречаются примерно у каждой десятой больной с миомой матки. Узел также может быть связан с телом матки широким основанием или иметь ножку.

В 95 % случаев миома развивается в теле матки и лишь в 5 % в шейке матки. Миома шейки матки растет забрюшинно. Тело матки нередко остается неизменным и располагается на

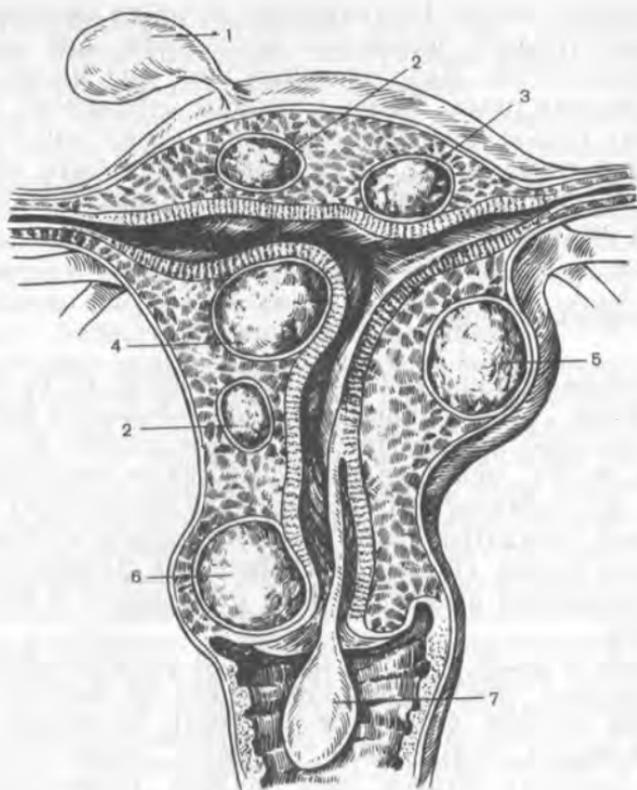


Рис. 8.1. Расположение узлов миомы матки.

1 — подбрюшинный узел на ножке; 2 — интерстициальный узел; 3 — узел с центрипетальным ростом; 4 — подслизистый узел; 5 — подбрюшинный узел; 6 — шейный узел; 7 — родившийся подслизистый узел на ножке.

верхнем полюсе этой опухоли. Низко расположенные миоматозные узлы, исходящие из тела матки, также могут располагаться забрюшинно или межсвязочно. Они отличаются малой подвижностью.

Миомой матки чаще болеют женщины, начиная с периода половой зрелости и до постменопаузы. В постменопаузе, как правило, происходит обратное развитие опухоли. В последнее время миома матки нередко встречается в возрасте 20—25 лет. Изучение преморбидного фона этих больных показывает, что все они в детстве перенесли много различных инфекций, которые могли обусловить нарушение гомеостаза организма. Кроме того, использование медикаментозных препаратов для лечения бесплодия путем стимуляции овуляции привело к тому, что поколение девочек, родившихся у этих женщин, страдает различными нарушениями гомеостаза. Как казуистические случаи описаны миомы матки в возрасте 14—15 лет.

Почти $\frac{1}{3}$ больных с миомой матки перенесли ранее воспа-

ление придатков матки. Генеративная функция снижена: половина больных страдает первичным бесплодием или имеет малое число беременностей. Менструальный цикл при миоме матки может быть овуляторным. Такие женщины беременеют и рожают, но у многих больных имеет место ановуляция или неполноценность второй фазы цикла. Бесплодие может быть обусловлено также расположением узлов в трубных углах матки. Нередки привычные выкидыши.

8.1.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническое течение миомы матки зависит от ее анатомического строения. Подбрюшинные опухоли небольших размеров могут иметь «бессимптомное» течение, т. е. женщины не предъявляют никаких жалоб, менструальная функция не нарушена. Однако детальное обследование этих больных свидетельствует о нарушении секреции гонадотропных и половых гормонов, изменениях в сердечно-сосудистой системе, волемиических нарушениях. Такие больные нуждаются в диспансерном наблюдении и консервативном лечении.

У большого числа больных даже при значительной величине опухоли никаких симптомов заболевания не наблюдается. Однако в ряде случаев различные симптомы возникают довольно рано. Основными симптомами являются кровотечение, боли, сдавление соседних органов, рост опухоли. Кровотечения матки чаще носят характер гиперполименореи.

При наличии множественной миомы матки с интерстициальным расположением узлов происходят растяжение полости матки и увеличение менструирующей поверхности. Вследствие этого увеличивается количество крови, теряемой во время менструации. Кроме того, нарушается сократительная способность матки. Особенно сильные кровотечения возникают при миомах матки с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узлов. Для такого расположения миом характерны не только длительные обильные менструации, но и наличие межменструальных кровотечений. Нередко содержание гемоглобина падает до очень низких цифр. Кровотечения могут быть связаны с нарушением целостности капсулы опухоли или с некрозом узла. Анемизированных больных можно узнать по внешнему виду (бледная с желтоватым оттенком кожа, несколько одутловатое лицо).

Ациклические кровотечения при миоме матки у 20—40 % женщин могут быть обусловлены нарушением функции яичников, что подтверждается нередко выявляемой гиперплазией эндометрия. Вместе с тем слизистая оболочка тела матки может иметь нормальное строение или оно соответствует таковому в неполноценной фазе секреции.

Маточное кровотечение может быть обусловлено также сопутствующей патологией, весьма частой при миоме матки: стро-

мальной гиперплазией яичников, кистозной дегенерацией их, воспалением придатков матки, внутренним эндометриозом, гормонпродуцирующими опухолями яичников.

Появление кровотечения у женщин с миомой матки в постменопаузе почти всегда свидетельствует о патологии яичников (феминизирующая опухоль, стромальная гиперплазия яичника) или эндометрия (рак, гиперплазия, полипоз). Проведение диагностического выскабливания у этих больных обязательно.

Хроническая постгеморрагическая анемия нарушает деятельность сердечно-сосудистой системы, вызывает обмороки, головокружение, слабость, быструю утомляемость.

Болевой синдром вызывается натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшинного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы. Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов. Так, исходящие из передней стенки матки узлы даже небольших размеров давят на мочевой пузырь, вызывая дизурические явления. Интралигаментарно расположенные опухоли вызывают сдавление мочеточников с последующим развитием гидроуретера, гидронефроза и пиелонефрита. Давление на прямую кишку обуславливает нарушения функций желудочно-кишечного тракта.

При миоме матки с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узла боли могут носить схваткообразный характер. Подслизистые миоматозные узлы на ножке могут появляться во влагалище, что сопровождается резкими болями и усилением кровотечения. Очень редким осложнением вследствие рождения миоматозного узла является выворот матки. При этом во время влагалищного исследования на месте матки определяется воронкообразное углубление.

Миомы матки, как правило, растут медленно. Быстрое увеличение опухоли подозрительно в отношении саркоматозного роста, хотя это происходит редко.

При неосложненных миомах болевой синдром выражен слабо, однако при появлении осложнений в виде некроза, перекручивания ножки миоматозного узла, спаек с тазовой брюшиной, а также при воспалительных процессах придатков матки или остаточных явлениях воспаления тазовой брюшины боли могут стать доминирующим симптомом.

Миома матки часто сочетается с другими заболеваниями: опухолями и кистами яичников, эндометриозом, воспалением придатков матки.

8.1.2. ДИАГНОСТИКА

Диагностика миомы матки, как правило, несложна и проводится на основании бимануального исследования. Пальпируются плотные опухоли, иногда с множественными узлами, с гладкой наружной поверхностью, чаще подвижные. Иногда подвижность

опухоли ограничена из-за ее величины. Анамнестические данные, характер кровотечения и болей помогают установить диагноз.

При подозрении на подслизистую миому матки обязательно проведение гистеросальпингографии или гистероскопии. Зондирование в некоторых случаях также может дать информацию о наличии подслизистого узла, но если узел заполняет всю полость, то его можно принять за стенку матки. Эта ошибка довольно типична. В таких случаях наиболее информативна гистерография. Иногда такой узел выявляется при ультразвуковом исследовании.

8.1.3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Миому матки следует дифференцировать от рака или саркомы тела матки, с доброкачественной или злокачественной опухолью, исходящей из яичника, с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки, с беременностью.

При наличии длительных кровянистых выделений приходится различать миому и рак тела матки. Следует иметь в виду, что эти заболевания могут сочетаться. Проведение дополнительных исследований (гистеросальпингография, гистероскопия) и диагностическое выскабливание позволяют уточнить диагноз.

Доброкачественные опухоли яичников — шаровидные или овальные образования тугоэластической консистенции, как правило, четко пальпируются отдельно от матки. Если трудно определить, откуда исходит опухоль, то шейку матки с помощью пулевых щипцов смещают книзу: опухоль, исходящая из матки, смещается вместе с ней. В таких случаях эффективны ультразвуковое исследование, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, эндоскопическое исследование.

Подбрюшинный миоматозный узел на ножке легко принять за опухоль яичника. В том и другом случае показана операция.

Трудно дифференцировать миому матки от доброкачественных опухолей яичников при наличии спаечного процесса или при раке яичника, когда опухоли спаяны в единый конгломерат. В некоторых случаях такой конгломерат очень напоминает миому матки. При невозможности уточнить диагноз показано пробное чревосечение.

При небольших подслизистых миомах матки нередко проводят гормонотерапию, считая, что кровотечение связано с дисфункцией яичников. Перед назначением гормонотерапии необходимо уточнить диагноз путем дополнительных исследований.

Лучше всего произвести гистероскопию или гистеросальпингографию с водорастворимыми контрастными веществами. Если такой возможности нет, то рекомендуется зондирование, которое иногда позволяет диагностировать подслизистый миоматозный узел. В этих случаях показана операция. В случаях, когда стенки матки ровные, выполняют диагностическое выскаблива-

ние. При дисфункциональных кровотечениях эта процедура является не только диагностической, но и терапевтической. Кровотечение, как правило, прекращается. При подозрении на рак тела матки (крошковидный соскоб) следует тщательно проверить трубные углы и произвести выскабливание особенно осторожно, так как при прорастании опухоли в толщу миометрия легко перфорировать матку.

Ультразвуковое исследование также позволяет в ряде случаев уточнить диагноз, поскольку имеются эхографические признаки различных патологических состояний эндометрия.

Миому матки приходится дифференцировать от беременности, при которой матка мягковатой консистенции. Следует обращать внимание на достоверные и вероятные признаки беременности. При необходимости проводят иммунологические и биологические реакции на беременность, ультразвуковое исследование.

Диагноз «миома матки» в постменопаузе следует устанавливать осторожно. Надо искать причину увеличения размеров матки. Рост миомы матки в постменопаузе связан либо с патологией яичников, либо со злокачественным процессом эндометрия. Возможно заращение канала. У этих больных проведение зондирования цервикального канала легко позволяет установить диагноз, так как при разделении сращения в канале шейки матки из полости матки нередко в большом количестве появляются гнойвидные выделения. При гистологическом исследовании выделенных масс и соскоба обнаруживается саркома матки или рак эндометрия.

8.1.4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При лечении больных миомой матки возникает ряд вопросов. Прежде всего необходимо решить полным или частичным должно быть удаление матки, яичников, маточных труб, а кроме того, каким доступом производить операцию — абдоминальным или вагинальным. Объем операции зависит от возраста женщины, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. К каждому из этих методов имеются показания и противопоказания.

Полное удаление матки мотивируется высокой частотой сопутствующих заболеваний матки: гиперпластические процессы эндометрия, патологические изменения шейки матки, злокачественные процессы в эндометрии, возникновение саркоматозного роста в миоматозном узле. Эти изменения чаще возникают у женщин старшего возраста.

Следует оценить также возможность проведения операции брюшностеночным или влагалищным путем. Это зависит от ряда факторов: размер опухоли, необходимость проведения ревизии брюшной полости, выраженное ожирение передней брюшной

стенки, необходимость проводить дополнительное вмешательство на яичниках и др. Нередко возникает вопрос, как во время операции при миоме матки поступить с яичниками. В каждом случае он решается индивидуально.

При консервативной миомэктомии у молодых женщин, если имеются кистозные изменения яичников, показана их клиновидная резекция, если же сопутствующая опухоль яичника — удаление опухоли. В постменопаузе при наличии патологических изменений яичников их следует удалить.

Производя консервативно-пластическую операцию на матке, маточные трубы следует сохранять. В случае необходимости пластическую операцию выполняют и на маточной трубе для восстановления ее проходимости одновременно с консервативной миомэктомией.

При надвлагалищной ампутации матки или ее экстирпации вопрос об оставлении или удалении маточных труб решается индивидуально в каждом случае. Если миома матки сопровождается воспалительным процессом в малом тазе, что бывает довольно часто, то маточные трубы следует удалить, так как они могут быть источником инфекции в послеоперационном периоде. По тем же соображениям необходимо удалять маточные трубы при некротических изменениях и гнойном расплавлении узлов миомы матки. Установлено, что инфекция распространяется в основном из нижележащих отделов полового тракта и через матку проникает в маточные трубы, поэтому они нередко могут быть инфицированы.

Если имеет место неосложненная миома матки, но маточные трубы натянуты на узлах опухоли, то сохранять их также не следует. Маточные трубы удаляют и при наличии воспалительных изменений в них, так как в послеоперационном периоде может возникнуть пиосальпинкс, в связи с чем в дальнейшем потребуются релапаротомия.

Во всех остальных случаях маточные трубы нужно сохранять, так как их удаление в какой-то мере нарушает иннервацию и кровоснабжение яичников и приводит к более быстрому угасанию их функции. Вопрос об удалении или оставлении маточных труб необходимо решать, взвешивая все доводы за и против этого дополнительного вмешательства.

Операции по поводу миомы матки производят в экстренном и плановом порядке. Экстренные показания возникают при кровотечении, связанном с опасностью для жизни больной, перекруте ножки миоматозного узла, некрозе или нагноении миоматозного узла. Во всех этих случаях показана срочная операция. Противопоказанием к операции является только агональное состояние больной.

При решении вопроса об объеме операции, т. е. ампутации матки или экстирпации ее, следует руководствоваться состоянием шейки матки. Если патологических изменений не выявлено, то производят надвлагалищную ампутацию матки. Неизмененную

шейку матки удалять не следует. Это подтверждается рядом наблюдений. Обследование больных в отдаленные сроки показывает, что после надвлагалищной ампутации патологические изменения шейки матки обнаруживаются именно у тех женщин, у которых к моменту операции уже имели место те или иные ее изменения.

Показаниями к операции являются:

1. Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной. Уточнение состояния эндометрия обязательно, так как нередки случаи сочетания миомы матки и рака эндометрия.

2. Большие размеры опухоли (свыше 15 нед беременности) даже в отсутствие жалоб. Опухоли такого размера нарушают анатомические взаимоотношения в малом тазе и в брюшной полости, часто приводят к нарушению функции почек.

3. Размер опухоли, соответствующий беременности сроком 12—13 нед при наличии симптомов сдавления соседних органов (учащенное мочеиспускание, нарушение акта дефекации). В этих случаях нередко при исследовании мочевыделительной системы определяются нарушения пассажа мочи, гидронефроз и гидроуретер.

4. Рост опухоли. Однако следует учитывать, что перед менструацией за счет кровенаполнения матки опухоль может несколько увеличиваться. Не следует торопиться произвести операцию, если увеличение матки соответствует 8—10 нед беременности. В таких случаях, если нет кровотечения, надо попытаться провести консервативное лечение больной, а затем диспансерное наблюдение. Если же отмечен рост опухоли до размеров беременности 12—13 нед, то показано оперативное лечение.

5. Подбрюшинный узел на ножке. Такой узел подлежит удалению, поскольку появляется опасность перекрута его ножки, что может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства. В этих случаях развивается типичная картина острого живота, что связано с нарушением питания опухоли. В ней возникают отек, кровоизлияния, затем некроз и нагноение. При влагалищном исследовании отдельно от матки пальпируется опухоль, резко болезненная при пальпации. Как правило, ее принимают за овариальное образование. В этих случаях диагностическая ошибка не имеет принципиального значения, так как в связи с острыми явлениями больная все равно нуждается в операции.

6. Некроз миоматозного узла. Некротические изменения обусловлены нарушением питания опухоли.

При асептическом некрозе инфекция может присоединиться гематогенным или лимфогенным путем. В некоторых случаях инфицирование происходит из кишечника, чаще всего из аппендикса. Вследствие некроза ткани расплавляются, а иногда возникают полости, наполненные жидким или полужидким содержи-

мым. Может образоваться киста матки. При некрозе опухоли создается впечатление ее быстрого роста. Редко возникает так называемый сухой некроз с последующим отложением солей в ткань опухоли. Развивается кальцифицированная миома матки, обладающая деревянистой плотностью и хорошо видимая на обзорном рентгеновском снимке брюшной полости. Эти больные не нуждаются в операции.

Некроз миомы матки сопровождается, как правило, острыми болями, напряжением передней брюшной стенки, повышением температуры тела и лейкоцитозом. Чаще всего некрозу подвергаются подслизистые узлы миомы. Интерстициальные и подбрюшинные узлы нередко некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде. В этих случаях диагностика не представляет трудности. При влагалищном исследовании определяется несколько миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации. Больные нуждаются в срочном оперативном лечении. Промедление с операцией может привести к нагноению некротически-измененного узла, прорыву его содержимого в брюшную полость и развитию разлитого перитонита.

7. Подслизистая миома матки. Такие миомы вызывают обильные кровотечения, приводящие к резкой анемизации больной. Нередко при этом матка не достигает больших размеров, а в некоторых случаях лишь слегка увеличена. Эти больные нуждаются в срочном оперативном лечении.

Срочная помощь требуется при рождении подслизистого миоматозного узла, так как оно сопровождается резкими схваткообразными болями и обильным кровотечением. При этом происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, как при родах. Узел выполняет шейку матки или рождается во влагалище.

8. Интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников.

9. Шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки.

10. Сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов: рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки.

11. Бесплодие. При необходимости операции следует исключить другие факторы, которые могут его обусловить, и точно оценить расположение миоматозных узлов. Если узлы располагаются вблизи от трубных углов матки, они могут быть причиной бесплодия. Вопрос об операции при бесплодии чаще возникает при обследовании женщин в возрасте старше 30 лет; нередко у них имеет место ановуляция. Следует исключить наличие мужского бесплодия. Устанавливая показания, нужно учитывать все факторы, так как операцию выполняют по относительным показаниям и не всегда она приводит к восстановлению генеративной функции.

Противопоказания к операции. В отсутствие экстренных показаний к оперативному вмешательству нельзя производить операцию при наличии острых респираторных заболеваний и гриппа. Кроме того, при наличии гнойников типа фурункула или везикулезной сыпи независимо от ее локализации заведомо имеет место инфицирование организма и от операции следует воздержаться до момента полного выздоровления и нормализации показателей крови.

При наличии экстрагенитальных заболеваний должна проводиться тщательная предоперационная подготовка.

Подготовка больной имеет большое значение для исхода оперативного вмешательства. Необходимо полное клиническое обследование.

Для определения объема операции обязательно проведение цитологического исследования на атипические клетки, расширенной кольпоскопии, а при необходимости биопсии шейки матки.

По показаниям осуществляют гистероскопию и гистеросальпингографию. Эти методы позволяют выявить патологию эндометрия и подслизистые миоматозные узлы, сопутствующий внутренний эндометриоз матки. При кровотечениях следует производить диагностический соскоб слизистой оболочки тела матки, чтобы не пропустить злокачественную опухоль эндометрия.

Обязательно исследование содержимого влагалища на степень чистоты. При наличии дрожжеподобных грибов, трихомонад, или III—IV степени чистоты влагалища, показана его санация. Перед операцией должна определяться I—II степень чистоты влагалища.

При низко расположенных узлах или миоме шейки матки желательна проведение экскреторной урографии для определения состояния мочевыделительной системы, что позволит правильно оценить изменения, которые могут возникнуть во время операции и в послеоперационном периоде. Возможны выявление аномалий развития мочевыделительной системы или случаи, когда одна из почек не функционирует по какой-то причине уже длительное время. Обнаружение этой патологии после операции может заставить хирурга предположить, что эти изменения связаны с оперативным вмешательством, особенно если производилась экстирпация матки, так как именно при экстирпации возможно повреждение или перевязка мочеточника. Правда, эти осложнения очень редко протекают бессимптомно, но все же такие случаи бывают. При подозрении на почечную патологию показано детальное исследование почек (методы исследования мочевыделительной системы описаны в главе 6).

8.1.4.1. Консервативная миомэктомия

Эта операция, как уже указывалось, производится для сохранения генеративной или менструальной функций женщины. Как правило, она нетипична и в некоторых случаях довольно

сложна. Имеется ряд положений, который следует соблюдать при выполнении консервативной миомэктомии. Прежде всего после вскрытия брюшной полости следует оценить возможность проведения этой операции. Если матка «нафарширована» миоматозными узлами различной величины, то, может быть, следует отказаться от вмешательства. Если же решено произвести операцию консервативной миомэктомии, то надо попытаться сделать на матке как можно меньше разрезов. Их следует производить по ходу мышечных волокон с целью наименьшей травматизации.

По поводу миомы матки выполняют следующие консервативные операции: энуклеацию узлов матки путем чревосечения или влагалищным доступом, дефундацию и высокую ампутацию матки, аутоотрасплатацию эндометрия, миомэктомию по методике Слепых с сохранением магистральных маточных сосудов, пластические операции по Александрову.

Консервативно-пластические операции получили широкое распространение благодаря разработке и совершенствованию их методики и техники операций, а также наличию эффективных антибактериальных препаратов.

Не являясь ни в коей мере патогенетически обоснованным методом, консервативные операции по поводу миом матки сопряжены с большим риском возникновения рецидивов заболевания (по данным различных авторов, от 12 до 14 %). Однако после консервативно-пластических операций на матке многие женщины беременеют и рожают, что вполне оправдывает проведение вмешательств подобного рода.

Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до 37, в редких случаях 40 лет). Практически почти при любом расположении миоматозных узлов можно выполнить консервативную операцию. Некоторые из них требуют от хирурга большого терпения и высокой хирургической техники. В редких случаях не удается осуществить консервативную миомэктомию.

К консервативной миомэктомии имеются следующие противопоказания:

1. Общее тяжелое состояние и резкая анемизация. Это положение обуславливается тем, что проведение консервативной миомэктомии, как правило, требует значительного времени и сопровождается большой кровопотерей. Исключение составляют те случаи, когда имеет место миома матки на ножке или подслизистый миоматозный узел, который можно удалить влагалищным путем. При опухоли большого размера и тяжелой экстрагенитальной патологии не следует выполнять консервативную миомэктомию даже у молодых женщин, исходя из того, что после нее нередки рецидивы и не следует подвергать женщину опасности проведения операции в дальнейшем. Кроме того, послеоперационный период протекает нередко довольно тяжело.

2. Рецидив миомы матки. После консервативной миомэкто-

мии, как правило, развивается обширный спаечный процесс, который осложняет последующую операцию. Повторные операции всегда технически значительно сложнее. Кроме того, при рецидиве миомы матки, особенно если проводилась профилактика его, становится ясно, что консервативные методы лечения неэффективны. При возникновении показаний к операции матку следует удалять, вопрос о шейке матки решать в зависимости от ее состояния.

3. Возраст женщины. Если он не позволяет рассчитывать на сохранение репродуктивной функции, т. е. приближается к 40 годам, то не следует производить консервативную операцию. Однако у молодых женщин консервативную операцию нередко выполняют и для сохранения менструальной функции, так как известно, что удаление рецепторного органа — матки — приводит впоследствии к нарушению функции яичников.

4. Сопутствующий воспалительный процесс в малом тазе, так как в этих случаях можно ожидать тяжелых осложнений в послеоперационном периоде. Исключение могут составлять молодые бездетные женщины. В этих случаях в послеоперационном периоде показаны терапия антибиотиками широкого спектра действия и дренирование брюшной полости.

5. Дистрофические изменения в опухоли (некроз ее узлов). Следует воздержаться от консервативной миомэктомии во избежание осложнений в послеоперационном периоде. В редких случаях, если женщина молодая и не имеет детей, то назначают мощную антибактериальную терапию и проводят тщательное наблюдение.

В некоторых случаях, если позволяет общее состояние больной (нет перитонеальных явлений, под воздействием антибактериальной терапии снижаются температура тела и лейкоцитоз, уменьшается болезненность), можно продолжить наблюдение за больной, чтобы впоследствии иметь возможность выполнить консервативную операцию.

6. Злокачественная опухоль. После удаления миоматозных узлов их следует направить на срочное гистологическое исследование и только после получения его результатов окончательно решить вопрос об удалении или оставлении матки. При предраковом состоянии эндометрия или шейки матки, а также при сочетании миомы матки со злокачественными опухолями яичников, матки или с диффузной формой внутреннего эндометриоза консервативная миомэктомия противопоказана.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости щипцами Мюзо захватывают ткань матки над узлом или миоматозный узел. На рис. 8.2 представлены варианты расположения миоматозных узлов и направление разрезов при них. Затем скальпелем производят разрез тканей матки. Узел захватывают пулевыми щипцами и вылушивается тупым и острым путем (рис. 8.3).

Большое значение имеет ушивание ран на матке после удале-

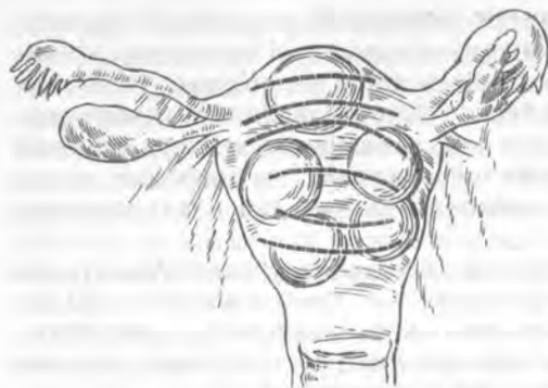
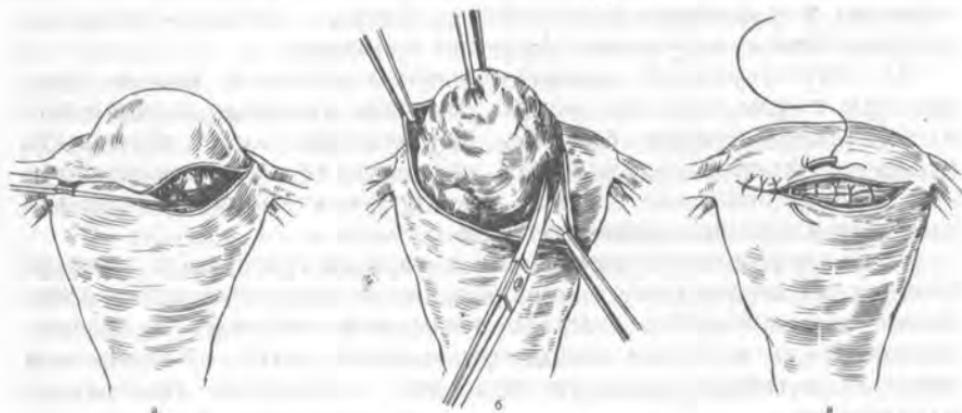


Рис. 8.2. Направление рациональных разрезов на матке при консервативной миомэктоми.

Рис. 8.3. Консервативная миомэктоми.

а — рассечение матки над узлом; б — выдушивание узла; в — послойное зашивание матки после удаления миоматозного узла.



ния узлов. Не должно оставаться полостей, где бы в послеоперационном периоде могла скапливаться кровь. Наличие гематом может свести на нет проведенную операцию. Для ушивания раны на матке следует пользоваться рассасывающимися нитями и круто изогнутыми иглами. Ушивание ложа узла производят в несколько этажей.

Необходимость вскрытия полости матки во время консервативной миомэктоми не должна служить препятствием к операции. Матку вскрывают над узлом, узел иссекают между двумя пулевými щипцами.

При восстановлении целостности полости матки швы надо накладывать таким образом, чтобы сопоставить края слизистой оболочки, но не прокалывать их во избежание эндометриоза в дальнейшем.

Нередко послеоперационный период протекает легче при вскрытой полости матки, так как происходит отток раневого отделяемого.

По возможности следует использовать клей для восстановления целостности матки.

Если имеется миоматозный узел на ножке, то ее перевязывают прочной лигатурой и пересекают между двумя зажимами, а затем удаляют узел.

Реконструктивно-пластические операции на матке по методике Александрова. Основной смысл предлагаемой М. С. Александровым методики заключается в том, что удаляют миоматозный узел из матки и излишнюю ткань, разросшуюся вокруг миоматозного узла. Автор стремится после удаления узлов сформировать матку обычных размеров.

Удаление подбрюшинных узлов на широком основании. После вскрытия брюшной полости узел захватывают пулевыми щипцами за наиболее выступающую часть и приподнимают над тканями. Затем надрезают серозный покров матки и рассекают мышечную капсулу узла. Узел удаляют тупым и острым путем. Участок капсулы иссекают. Целость матки восстанавливают наложением узловых кетгутовых швов, при необходимости в два этажа.

Удаление интерстициального узла. На наиболее выпуклом участке рассекают серозный покров и капсулу опухоли. Узел захватывают пулевыми щипцами и подтягивают в рану, затем удаляют тупым и острым путем. Затем иссекают капсулу узла и излишнюю разросшуюся ткань. Целость матки восстанавливают путем наложения узловых кетгутовых швов в несколько этажей.

Если была вскрыта полость матки, то швы накладывают, не прокалывая слизистую оболочку, но таким образом, чтобы края ее хорошо сопоставлялись. Затем накладывают в несколько этажей узловые кетгутовые швы. Восстанавливают целость матки, придавая ей правильную форму.

При большом числе узлов, исходящих из задней стенки матки, последнюю удаляют вместе с узлами. Затем переднюю стенку матки вместе со слизистой оболочкой отгибают и подшивают к оставшейся ткани задней стенки матки. Накладывают отдельные кетгутовые швы, при необходимости в два этажа.

Если узлы исходят полностью из передней стенки матки, то ее иссекают вместе с узлами (трудно представить все варианты разрезов в этих случаях). Затем лоскут задней стенки матки перегибают и подшивают к оставшимся тканям передней стенки матки. Швы накладывают в два этажа. При удалении передней стенки матки перитонизацию производят следующим образом. Вскрывают пузырно-маточную складку и закрывают ею область швов. При необходимости перитонизацию можно производить участком резецированного сальника. При этом сальником закрывают область швов на матке и прикрепляют его к матке с помощью тонких кетгутовых швов либо приклеивают клеем МК-7 или другим биологическим клеем.

А. С. Слепых предложил при надвлагалищной ампутации матки выкраивать и оставлять лоскут эндометрия для сохранения менструальной функции. Для этого после вскрытия брюшной полости, отсечения придатков и вскрытия пузырно-маточной складки пересекают и лигируют как можно выше сосудистые пучки. Тело матки рассекают по дну, вскры-

вая ее полость. Затем выкраивают слизисто-мышечные лоскуты толщиной до 4 мм в виде трапеции из передней и задней стенок матки. Удаляют мышечный слой матки вместе с миоматозными узлами. Затем формируют матку путем наложения узловых кетгутовых швов.

Аутотрансплантация эндометрия в канал шейки матки при надвлагалищной ампутации матки не получила широкого распространения и не представляется нам целесообразной.

Удаление подслизистой миомы матки влагалищным путем. При наличии подслизистой миомы матки небольшого размера операцию следует производить влагалищным путем, даже если имеются другие миоматозные узлы, поскольку в таких случаях целью операции является остановка кровотечения и устранение боли. Эти узлы, как правило, инфицированы, поэтому лучше не производить чревосечения. При раскрытой шейке матки узел захватывают щипцами и низводят. Ножку его после исследования пальцем полости матки отсекают (рис. 8.4). Необходимо также произвести соскоб со слизистой оболочки матки.

Иногда, для того чтобы получить доступ к ножке опухоли, необходимо рассечь переднюю губу шейки матки.

Диагностировать рождающийся подслизистый миоматозный узел нетрудно. Установить диагноз позволяют данные влагалищного исследования (обвести пальцем шейку матки, не спутать с миомой шейки матки).

Техника операции. После соответствующей подготовки операционного поля во влагалище вводят ложкообразное зеркало. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Если она сглажена и канал раскрыт (это бывает при родившемся подслизистом миоматозном узле), то узел захватывают пулевыми щипцами и откручивают. Иногда приходится пересекать ножку узла длинными ножницами. В редких случаях возникает необходимость наложения шва на отсеченную ножку. Поскольку канал шейки матки раскрыт, есть возможность пережать и обшить кровоточащий участок. Можно коагулировать его или импрегнировать биологическим клеем.

Подслизистый миоматозный узел может быть удален влагалищным путем и в том случае, если он находится в полости матки и не происходит сглаживания ее шейки. В этих случаях операцию выполняют следующим образом (рис. 8.5).

После обнажения шейки матки ее берут на пулевые щипцы и расширяют, используя расширители Гегара до № 12—13. Производится полулунный разрез на границе слизистой оболочки влагалища с мочевым пузырем, мочевой пузырь отсепааровывают кверху. После этого получают доступ к области внутреннего зева. По расширителю рассекают переднюю губу шейки матки и область внутреннего зева. После рассечения внутреннего зева полость матки становится доступной для различных манипуляций. Миоматозный узел захватывают и откручивают

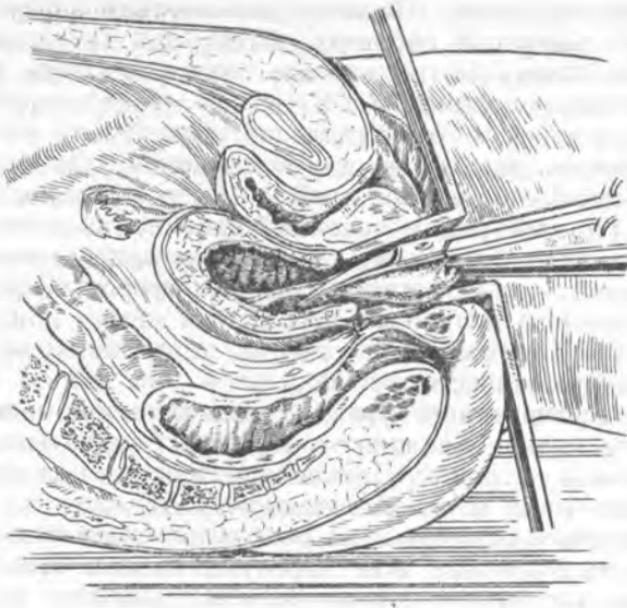


Рис. 8.4. Удаление родившегося подслизистого узла.

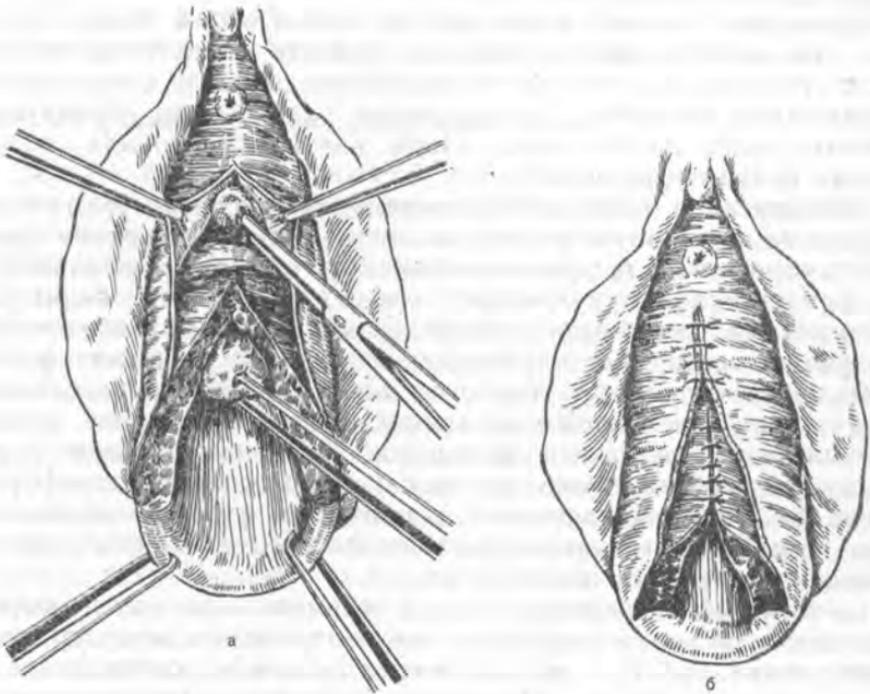


Рис. 8.5. Удаление подслизистого узла после отслойки мочевого пузыря.

а — передняя гистеротомия; б — зашивание шейки матки и влагалища после удаления подслизистого узла.

или отсекают его ножку. После удаления узла следует произвести соскоб слизистой оболочки матки для гистологического исследования. Миома матки нередко сопровождается гиперплазией эндометрия, полипозом. В этих случаях кровотечение может продолжаться и после удаления узла. Кроме того, соскоб слизистой оболочки необходим для исключения рака эндометрия.

После выскабливания на шейку матки накладывают два ряда швов. Первый ряд восстанавливает канал шейки матки (швы следует накладывать, не прокалывая слизистую оболочку канала), второй — шейку матки (швы со стороны влагалища). В качестве шовного материала используют кетгут или хромированный кетгут. Поверх швов для их укрепления желательно нанести слой биологического клея.

Удаление миоматозного узла из влагалищной части шейки матки. Шейку матки обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами и низводят. Дальнейшие действия хирурга зависят от размера узла, который подлежит удалению.

При небольшом размере узла рассекают слизистую оболочку над ним и вылушивают его преимущественно тупым путем. Часто бывает достаточно захватить его пулевыми щипцами и открутить. Затем ушивают ложе узла и слизистую оболочку над ним. При этом надо следить, чтобы не оставалось пустот во избежание возникновения гематом.

Если узел большой и исходит из шейки матки таким образом, что вместе с ним необходимо удалить и часть шейки, то после отсечения его приходится формировать шейку матки одним из известных способов. При отсечении узла следует стремиться оставить ткань шейки матки, чтобы иметь возможность сохранить ее правильную форму.

Реабилитация после консервативной миомэктомии. Желательно уже на первом этапе восстановительной физиотерапии применить сочетанный (одновременный) электрофорез йода и цинка. По влиянию на стероидогенез эти микроэлементы являются синергистами, поскольку первый из них снижает избыточную продукцию эстрогенов в яичниках, а второй усиливает функциональную активность желтого тела. Кроме того, вводимые ионы цинка предупреждают замедленное заживление раны, потенциально возможное вследствие усиления ионами йода диссимиляционного процесса в зоне воздействия. Электрофорез цинка способен стимулировать андрогенную функцию надпочечников, поэтому при гиперандрогении его следует избегать, ограничиваясь введением ионов йода.

Сочетанный электрофорез йода и цинка или электрофорез йода целесообразнее проводить синусоидальными модулированными токами (СМТ) в выпрямленном режиме с помощью аппаратов «Амплипульс-4», «Амплипульс-31» или «Амплипульс-3».

Первый этап восстановительной физиотерапии после реконструктивно-пластических операций на матке может продолжаться 4 нед и более. Женщину выписывают в общепринятые сроки,

а начатые процедуры лекарственного электрофореза на основании выписки из истории болезни без перерыва продолжают в пределах действия листка временной нетрудоспособности.

Общие радоновые ванны и вагинальные орошения концентрации 80 нКи/л назначают в следующей последовательности. Сначала проводят вагинальные орошения при температуре 36 °С продолжительностью 10—15 мин, после чего назначают общую радоновую ванну той же концентрации, температуры и продолжительности. Вагинальные орошения и общие ванны проводят 2 дня подряд, затем следует день отдыха, на курс лечения 12—14 процедур.

В основе механизма лечебного действия радоновой воды лежат как общие, так и специфические реакции, обусловленные действием альфа-излучения на клеточно-молекулярном уровне. Физико-химические и биологические изменения, возникающие в организме при воздействии ионизирующей радиации, воспринимаются соответствующими рецепторами и вызывают рефлекторную реакцию центров нервной и эндокринной регуляции. Одним из основных механизмов действия радоновой воды является седативное влияние на центральную и вегетативную нервную систему.

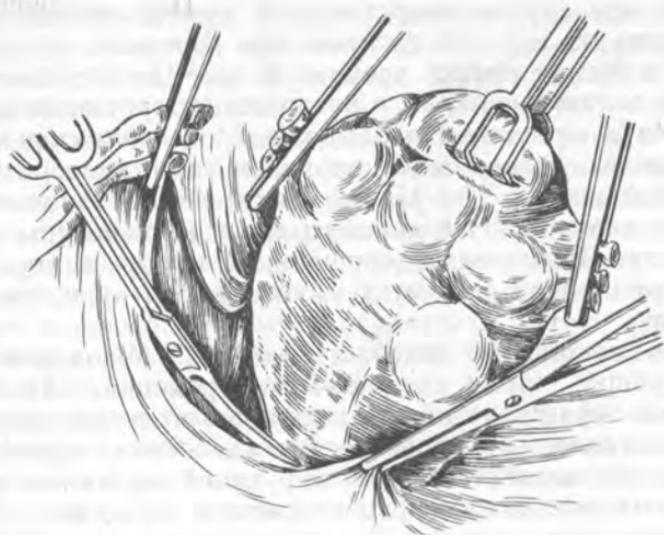
При лечении больных с миомой матки радоновой водой происходит восстановление нормальных гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений, рецепции эндо- и миометрия, а также ликвидация воспаления, отека и венозного застоя.

8.1.4.2. Надвлагалищная ампутация матки

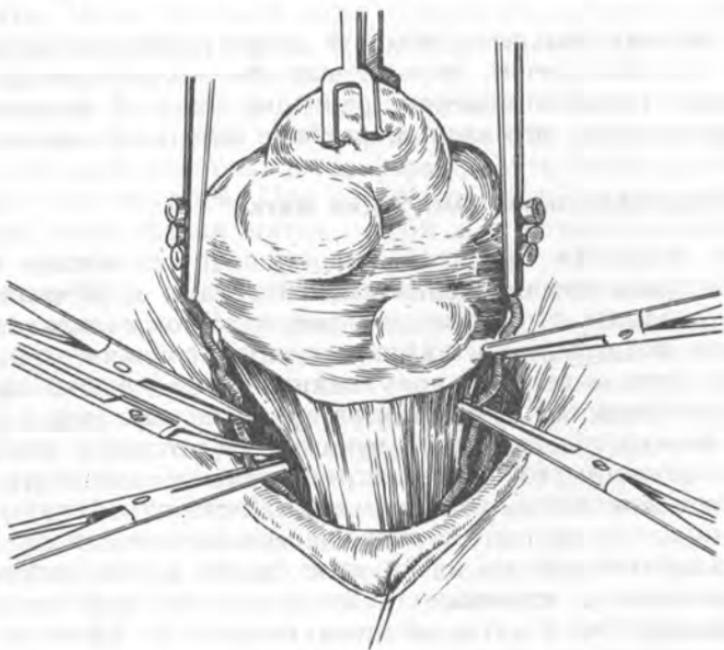
После вскрытия брюшной полости хирург обязан прежде всего осмотреть расположенные в ней органы и убедиться, что опухоль исходит из матки и производство надвлагалищной ампутации возможно по анатомическим условиям (рис. 8.6). Матку следует вывести в рану одним из следующих приемов. Можно захватить ее двузубцами за наиболее выступающий участок опухоли, можно под контролем руки ввести шпатель в толщу опухоли и, наконец, что наиболее желательно, захватить ребра матки длинными прямыми зажимами. После одной из этих манипуляций матку выводят в рану, насколько возможно.

Накладывают зажимы на круглые связки матки, собственные связки яичников и маточные трубы таким образом, что первый из них «впивается» в матку, а затем, отступя 1—1,5 см от ребра матки, захватывают зажимами круглую связку, собственную связку яичников и маточную трубу у ребра матки. Если маточные трубы удаляют, то зажимы накладывают на мезосальпинкс. Связки пересекают и лигируют. Следует помнить, что рабочей частью зажима является нижняя треть бранши, поэтому ткани плохо удерживаются, если попадают в ту часть, которая наиболее близка к замку.

Собственную связку яичников и маточную трубу пересекают.



а



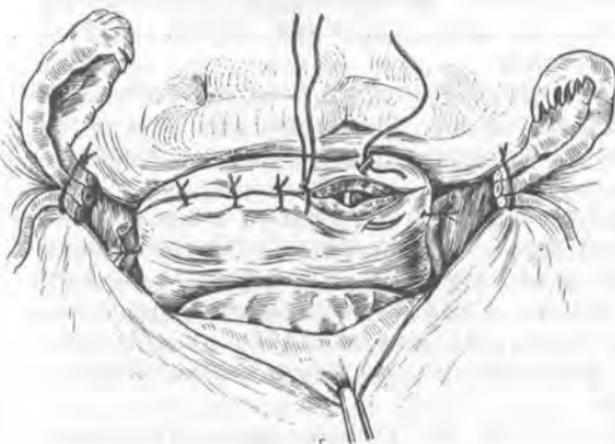
б

Рис. 8.6. Надвлагалищная ампутация матки.

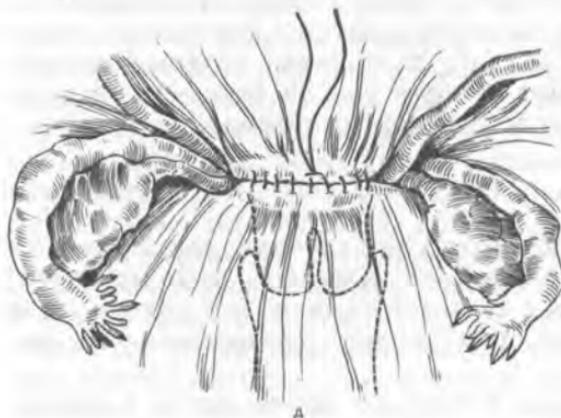
а — придатки и круглые связки отсечены. Рассечение пузырно-маточной складки; б — пересечение маточных сосудов; в — отсечение тела матки на уровне внутреннего зева; г — зашивание культи шейки матки; д — перитонизация.



При наложении зажима на собственную связку яичника надо стремиться к тому, чтобы не травмировать тело матки и в то же время не располагать зажим слишком близко к яичнику, так как в противном случае яичник будет травмироваться и последующее наложение швов будет затруднено. После пересечения указанных образований их лигируют с помощью кетгута или синтетических нитей и лигатуру берут на зажим.



Пузырно-маточную складку вскрывают от одной круглой связки до другой. Перед рассечением следует подвести под нее закрытые ножницы и раскрыть их таким образом, чтобы отслоить складку брюшины от подлежащих тканей. Нельзя рассекать складку очень близко к матке, так как в этом случае тело матки будет кровоточить. Не следует также рассекать пузырно-маточную складку близко к мочевому пузырю во избежание его ранения.



После вскрытия пузырно-маточную складку отсепааровывают книзу тупым и острым путем вместе с мочевым пузырем. Отсепааровываются с обеих сторон сосудистые пуч-

ки, накладываются на них зажимы таким образом, чтобы край зажима захватил ткань шейки матки и как бы соскользнул с нее. В этом случае сосудистый пучок захватывается надежно и его отсекают. Сосудистые пучки лигируют синтетическими нитями или хромированным кетгутом. Тело матки отсекают от шейки скальпелем. Лучше, если скальпель при отсечении шейки матки направлен так, чтобы образовался треугольный разрез с вершиной у внутреннего зева. Края такого разреза хорошо смыкаются при наложении швов.

При отсечении шейки матки после надреза ее передней части культю берут на пулевые шипцы. После отсечения культю шейки матки обрабатывают спиртовым раствором йода или этиловым спиртом одним прикосновением тампона. На шейку матки накладывают три или четыре шва хромированным кетгутом или просто кетгутом. При использовании синтетических нитей надо обязательно применять рассасывающийся материал, чтобы избежать возникновения гнойников вокруг лигатур на шейке матки.

Затем производят перитонизацию, стремясь наложить непрерывную тонкую нить (кетгут или синтетическая нить), начиная от задней поверхности шейки матки. Затем швами типа кисетных с обеих сторон погружают культю связок между листками широкого связка. Проверяют и осушают брюшную полость. Зашивают переднюю брюшную стенку.

Препарат направляют на гистологическое исследование сразу же после отсечения тела матки от шейки ее. До получения результатов срочного гистологического исследования брюшную полость не закрывают.

Высокая надвлагалищная ампутация матки отличается от обычной тем, что тело матки отсекают значительно выше внутреннего зева. Разрез приходится на нижний сегмент матки. Матку следует отсекают поперечным разрезом, не создавая клиновидной раны, как при надвлагалищной ампутации. Такой разрез дает возможность сохранить большой объем слизистой оболочки матки.

Разрез ушивают двухэтажным кетгутовым швом. Перитонизацию производят таким образом, чтобы хорошо отсепарованная пузырно-маточная складка закрыла рану на оставшейся части матки. Пузырно-маточную складку подшивают к задней поверхности матки. Перитонизацию культей связок осуществляют так же, как при обычной надвлагалищной ампутации матки.

8.1.4.3. Дефундация матки

Дефундацию матки выполняют в тех случаях, когда расположение миоматозного узла позволяет сохранить тело матки без ее дна. Эта операция имеет смысл только в том случае, если опухоль расположена таким образом, что перекрывает углы маточных труб.

После выведения опухоли в рану на ребра матки накладывают

вают зажимы, придатки отсекают и лигируют. Дно матки отсекают. При этом скальпель также может быть направлен несколько косо вглубь раны. После удаления дна матки оставшуюся часть ушивают отдельными кетгутowymi швами. На серозный покров с захватом мышечного слоя можно наложить непрерывный кетгутový шов по Ревердену. Круглые связки подшивают к телу матки. Перитонизацию культи маточной трубы и собственной связки яичников производят за счет наложения кисетных швов на листки широких связок и погружения туда культи. Если же трубные углы свободны, то надо выполнить не дефундацию матки, а консервативную миомэктомию.

8.1.4.4. Экстирпация матки

Перед тем как доставить больную в операционную, влагалище и шейку матки обрабатывают этиловым спиртом. Во влагалище вводят стерильный тампон, выступающий наружу, конец которого берут на зажим (тампон удаляют перед вскрытием влагалища во время операции). В мочевом пузыре на время операции лучше оставить постоянный катетер.

Операцию начинают так же, как надвлагалищную ампутацию матки с придатками или без них (рис. 8.7).

При оставлении придатков матки накладывают отдельные зажимы на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника. Связки рассекают и лигируют. При удалении придатков зажимы накладывают на воронко-тазовую и круглую связки. После наложения зажимов на ребра матки рассекают листки широких связок, затем брюшину пузырно-маточного углубления у переходной складки. Мочевой пузырь отделяют от шейки матки и отодвигают до области влагалищного свода. Для этого пинцетом приподнимают край разреза пузырно-маточной складки вместе со стенкой мочевого пузыря, концами изогнутых ножниц подсекают волокна клетчатки непосредственно у шейки матки и маленьким плотным тупфером, зажатым в корнцанг, смещают мочевой пузырь книзу от шейки матки и переднего свода влагалища.

Матку оттягивают влево и по возможности выделяют из клетчатки сосудистый пучок по направлению к ребру матки, предварительно рассекая задний листок широкой связки до уровня внутреннего зева. На сосудистый пучок накладывают зажим перпендикулярно артерии у шейки матки. Контрклепму накладывают на сосуды значительно выше по ребру матки. Сосудистый пучок рассекают и лигируют, концы лигатур срезают. Затем ту же манипуляцию производят с другой стороны.

Захватывание и лигирование сосудистого пучка происходит легко, если мочевой пузырь хорошо отсепарован от шейки матки и задний листок рассечен у ребра матки до уровня внутреннего зева. Этот момент операции важен, так как позволяет предотвратить травму мочеточника, который перекрещивается с маточной артерией в основании широкой связки. После лигирования и

перерезки сосудов матку оттягивают к лону и на крестцово-маточные связки около места их отхождения накладывают зажимы перпендикулярно матке (чтобы не захватить мочеточник). Крестцово-маточные связки пересекают и лигируют. При необходимости пересекают и лигируют окологречную клетчатку ближе к шейке матки. Убедившись в достаточном выделении шейки матки (тампон удаляют из влагалища), матку оттягивают вверх, а отсепарованный мочевой пузырь отодвигают зеркалом вниз, обнажая стенку влагалища в области переднего свода. Передний влагалищный свод захватывают зажимом и вскрывают ножницами или скальпелем. Во влагалище вводят марлевый тампон, смоченный этиловым спиртом (его удаляют на операционном столе после окончания операции). Затем шейку матки отсекают от влагалищных сводов. Край разреза влагалищных сводов захватывают длинными зажимами. Переднюю стенку влагалища обшивают с листком пузырно-маточной складки отдельными швами. Заднюю стенку влагалища обшивают, сое-



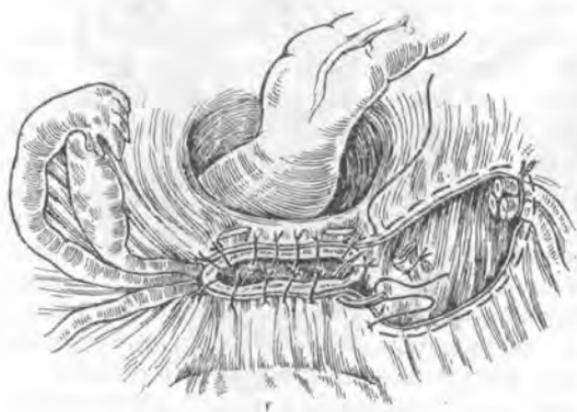


Рис. 8.7. Экстирпация матки.

а — придатки и круглые связки рассечены. Мочевой пузырь отсепарован до верхней трети влагалища; б — пересечение крестцово-маточных связок; в — сосудистые пучки отсечены и лигированы. Вскрыт передний свод влагалища. Шейка матки вывихнута в рану; г — перитонизация культи с оставлением влагалища открытым.

динья ее с брюшиной прямокишечно-маточного углубления. При наложении швов на влагалище следует обращать особое внимание на гемостаз в области боковых стенок влагалища, так как именно там проходят влагалищные ветви маточной артерии.

Экстирпация матки ретроградным путем (рис. 8.8). Эта техника используется в тех случаях, когда в малом тазе происходит обширный спаечный процесс и для манипуляции доступна только область пузырно-маточной складки. После вскрытия брюшной полости и разделения спаек на круглые связки накладывают зажимы, пересекают и лигируют их. Затем вскрывают пузырно-маточную складку и строго по средней линии, чтобы избежать кровотечения из околопузырной клетчатки, отсепааровывают мочевой пузырь тупым и острым путем вниз до обнажения передней стенки влагалища. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и поднимают так, чтобы обозначился передний свод влагалища. Стенку влагалища захватывают крепким зажимом и вскрывают ее ножницами или скальпелем.

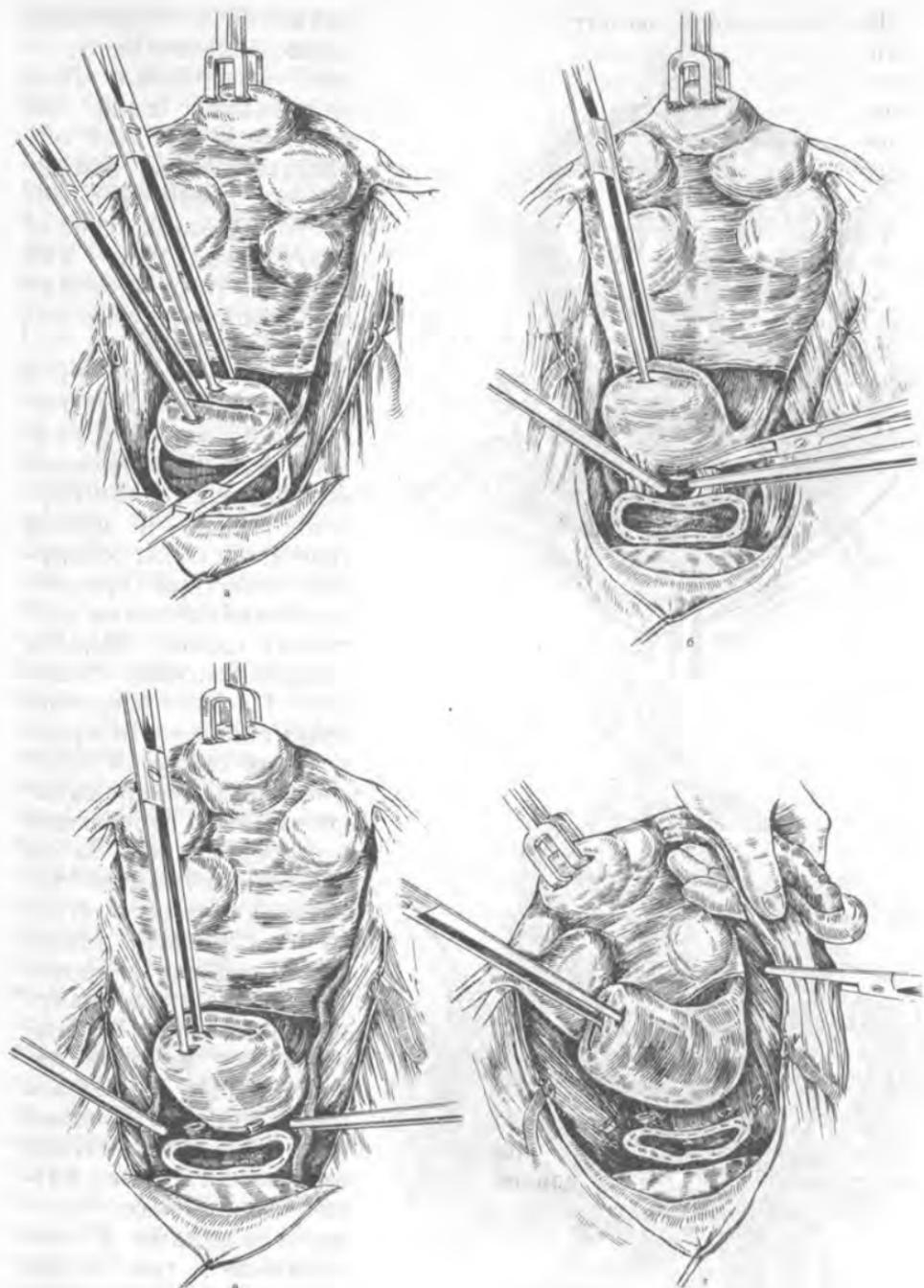


Рис. 8.8. Экстирпация матки ретроградным путем.

а — вскрыт передний свод влагалища. Отсечение шейки матки от влагалищных сводов; б — клеммирование и пересечение крестово-маточных связок; в — клеммирование сосудистых пучков; г — пересечение подвешивающей связки яичника при удалении придатков матки; д — перитонизация при зашивании культи влагалища наглухо.

Во влагалище вводят тампон, смоченный этиловым спиртом. Переднюю стенку влагалища длинными ножницами отсекают от шейки матки. Стенки влагалища берут на зажимы и оттягивают к лону. После пересечения крестцово-маточных связок со стороны задней стенки влагалища становится возможным вывести матку в рану, так как она практически остается висеть на сосудистых пучках.

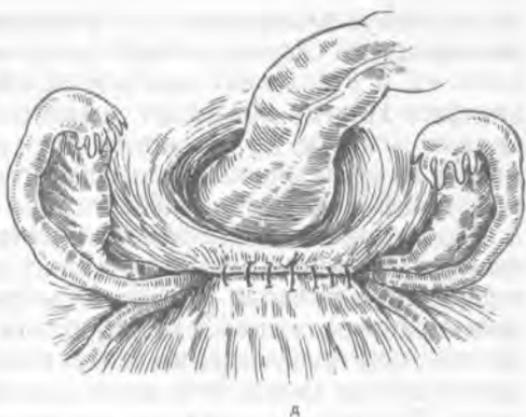


Рис. 8.8. Продолжение.

Крепкими зажимами с правой стороны при сильном натяжении матки влево захватывают сосудистый пучок непосредственно у шейки матки. При натяжении матки влево мочеточник с правой стороны отходит в сторону и вниз, поэтому при правильном наложении зажима не может попасть в него. Таким же образом при натяжении матки в противоположную сторону накладывают зажим на сосудистый пучок с другой стороны.

После пересечения сосудистых пучков матку выводят в рану и представляется возможным разделить спайки, окутывающие придатки матки, и наложить зажимы либо на воронко-тазовые связки при пангистерэктомии, либо на собственные связки яичников и маточные трубы при оставлении этих образований в брюшной полости. При этом можно проследить ход мочеточников.

Обшивание культи связок и влагалища выполняют так же, как и при другом методе оперативного вмешательства. Некоторые хирурги предпочитают сначала удалить опухоль, а затем производить обшивание участков, зажатых зажимами. Это не имеет принципиального значения. Если при наложении зажима обшить участок ткани нетрудно, лучше это сделать, чтобы зажимы не мешали дальнейшим манипуляциям хирурга. Если же наложение швов затруднено, то обшивать их следует после удаления опухоли. Многие зависят от навыка хирурга. Следует лишь помнить, что при операции необходимо пользоваться надежными зажимами. Если есть сомнение в их надежности, то обшивают сразу же все пережатые и отсеченные ткани.

Операцию ретроградным путем можно производить и при обычной ситуации в брюшной полости. Преимущество ее заключается в том, что при оттягивании в сторону мочеточники отходят вниз и, как правило, не травмируются во время операции.

Некоторые хирурги во время экстирпации матки пользуются следующим приемом. После отсечения связок от матки вскрывают параметрий и, постепенно отсекая матку от тканей, вскрывают один из боковых сводов влагалища, а затем уже отсекают

ее от сводов влагалища, т. е. отсекают связки, вскрывают пузырно-маточную складку, отсепааровывают сосудистые пучки, отсекают их и вскрывают влагалище сбоку. Все зависит от навыка хирурга. Иногда возникает такая ситуация, что удалить опухоль единым блоком не представляется возможным. В этом случае можно сначала произвести надвлагалищную ампутацию матки, а затем удаление шейки матки.

Перитонизацию после экстирпации матки производят различными способами. Переднюю стенку влагалища обшивают вместе с брюшиной пузырно-маточной складки, а заднюю — с брюшиной прямокишечно-маточного углубления. Культы связок с обеих сторон кисетными швами погружают в параметрий. При этом влагалище остается открытым и играет роль естественного дренажа. Рассчитывать на то, что это дренирование будет продолжаться долго, не приходится, так как максимум через 12 ч произойдет склеивание стенок влагалища. Однако эти часы имеют большое значение не только как дренаж, но и как контроль в случае возникновения внутрибрюшного кровотечения после операции по различным причинам. Если необходимо обеспечить дренирование брюшной полости на более длительный срок, то следует вывести дренаж через боковой канал.

Можно наглухо зашить влагалище и над этим швом соединить брюшину пузырно-маточной складки и прямокишечно-маточного углубления. Такая техника имеет определенные преимущества: как правило, не образуются грануляции, поскольку брюшина не соприкасается со средой влагалища. Именно это обстоятельство приводит к тому, что вокруг нитей, соединяющих брюшину со стенками влагалища, образуются грануляции. Впоследствии нередко приходится снимать нити с культы влагалища. При использовании кетгута на 6—8-е сутки после его рассасывания может возникнуть кровотечение. Нередко оно бывает обильным и требует наложения вторичных швов.

Таким образом, каждый из методов имеет достоинства и недостатки. Выбор метода зависит от навыка хирурга.

Экстирпация матки влагалищным путем. Эта операция может быть простой и довольно сложной, если ее производят без опущения стенок влагалища и в отсутствие несостоятельности мышц тазового дна. Послеоперационное течение после влагалищной операции, как правило, более легкое, чем при переднебрюшностеночном чревосечении.

Показания к операции те же, что и при брюшностеночном чревосечении, однако имеют место следующие противопоказания:

- 1) размеры опухоли матки, соответствующей беременности более 12 нед;
- 2) повторное чревосечение в тех случаях, когда можно ожидать значительного спаечного процесса в брюшной полости;
- 3) необходимость ревизии брюшной полости;
- 4) сочетанная патология, т. е. наличие, кроме опухоли матки, еще и опухоли яичника значительного размера.

Показания к влагалищной экстирпации матки: миома матки небольшого размера (т.е. соответствует беременности менее 12 нед), внутренний эндометриоз матки.

Техника оперативного вмешательства в отсутствие опущения матки и стенок влагалища (рис. 8.9). После соответствующей обработки во влагалище вводят ложкообразное зеркало. Шейку матки захватывают двузубцами таким образом, что в захват попадают сразу передняя и задняя губы ее. Затем ложкообразное зеркало заменяют зеркалом типа Дуайена, которое не должно быть слишком длинным, так как в этом случае оно будет отодвигать своды влагалища и шейку матки в глубину и затруднять работу хирурга. Во влагалище вводят боковые подъемники. Натягивая их, ассистенты создают необходимые условия для хирурга.

Производят кругообразный разрез влагалища на границе его перехода на шейку матки и отсепааровывают его вверх тупым и острым путем. Накладывают зажимы на кардинальные связки, пересекают и лигируют их. Лигатуры берут на держалки. После пересечения кардинальных связок матка становится более податливой. Оттягивая ее вниз за шейку, производят отсепааровку мочевого пузыря вплоть до пузырьно-маточной складки.

Одним из приемов, значительно облегчающих проведение операции, является вскрытие заднего свода влагалища. После того как вскрыт задний свод влагалища, при постоянном натяжении матки книзу можно последовательно пересечь ткани непосредственно у ребер матки и постепенно вывести матку из брюшной полости. По достижении достаточной подвижности матки вскрывают пузырьно-маточную складку, накладывают шов и берут его на держалку. После рассечения этой складки в брюшную полость вводят марлевый тампон, чтобы отгородить кишечник и подъемник. Дно матки захватывают пулевыми щипцами и вывихивают в рану, после чего становятся доступными круглые связки матки, собственные связки яичников и маточные трубы. На них накладывают зажимы, пересекают и лигируют их. При оттягивании матки на себя и книзу накладывают зажимы на маточные сосуды. Сосуды пересекают и лигируют. Матку удаляют.

При необходимости удаления придатков матки в брюшную полость вводят длинные зеркала. При этом становятся доступными воронко-тазовые связки, на которые накладывают зажимы. Связки пересекают и лигируют. Лигатуры берут на зажимы.

После удаления матки рану ушивают таким образом, чтобы культя связок остались вне брюшины. Для этого первый шов накладывают слева таким образом, что игла проходит через стенку влагалища, листок брюшины, культя связок и сосудистый пучок, листок брюшины прямокишечно-маточного углубления и заднюю стенку влагалища. Затем этим же швом захватывают только стенки влагалища. Нить завязывать не следует, чтобы не затруднять наложение шва с другой стороны.

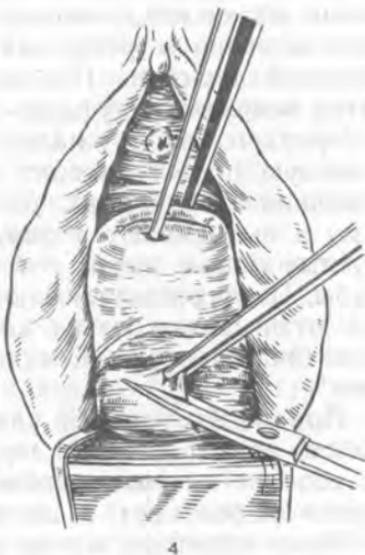
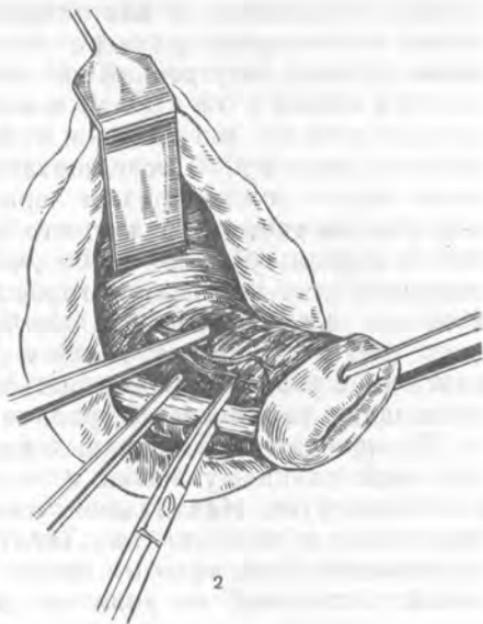
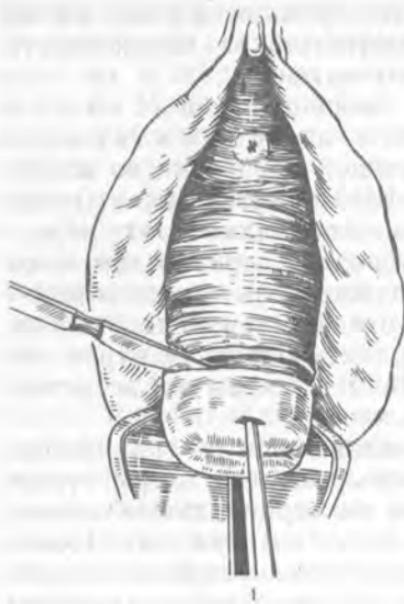


Рис. 8.9. Экстирпация матки влагалищным путем.

1 — циркулярный разрез слизистой влагалища на уровне сводов; 2 — пересечение кардинальных связок и исходящих ветвей маточных сосудов; 3 — отсепаровка мочевого пузыря; 4 — задняя кольпотомия; 5 — вскрытие брюшной полости путем рассечения пузырно-маточной складки; 6 — выведение тела матки через переднее кольпотомное отверстие; 7 — наложение зажимов на круглую связку, трубу, собственную связку яичника и маточные сосуды и пересечение этих образований; 8 — пересечение крестцово-маточных связок; 9 — перитонизация с расположением культей связок внебрюшинно; 10 — наложение швов на стенку влагалища с захватом культей связок. Брюшина зашита.

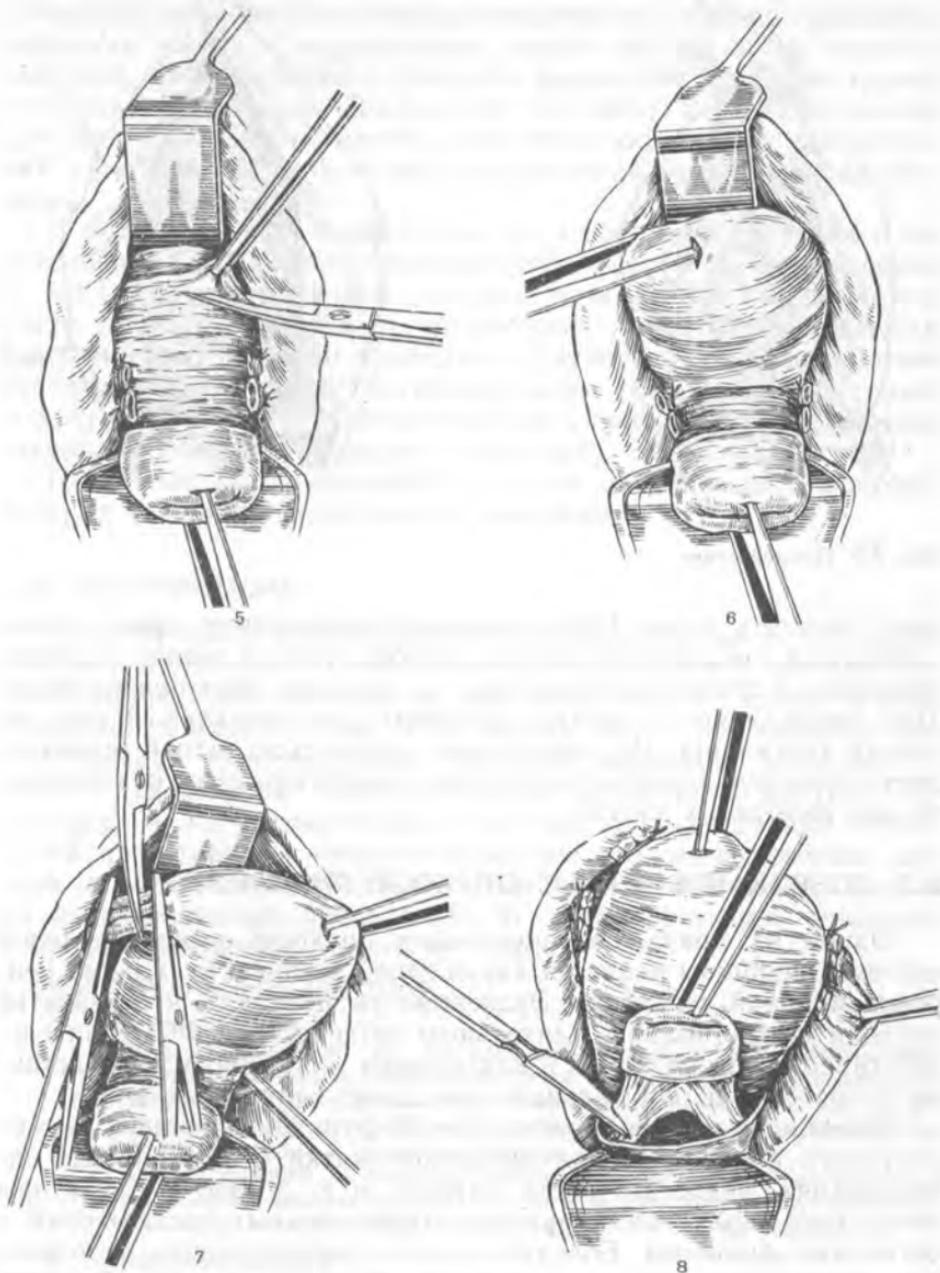


Рис. 8.9. Продолжение

Справа шов накладывают таким образом, что сначала захватывают заднюю стенку влагалища, брюшину прямокишечно-маточного углубления, культи сосудистых пучков и связок, а затем пузырно-маточную складку брюшины и переднюю стенку влагалища. После того как нити протянуты с обеих сторон, сле-

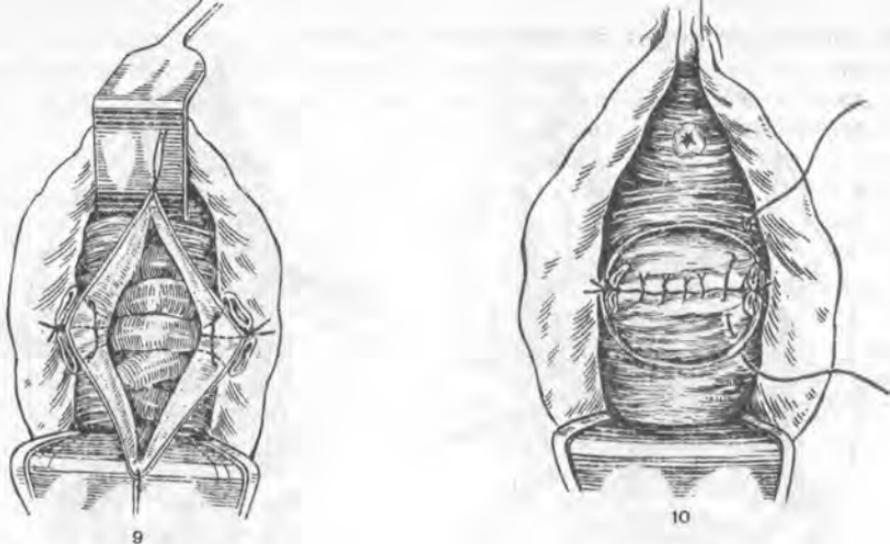


Рис. 8.9. Продолжение.

дует завязать узлы. При правильно наложенных швах стенки влагалища соединяются. Культы связок остаются между листками брюшины и стенкой влагалища, т. е. надежно перитонизированы. При необходимости можно наложить дополнительный шов на стенку влагалища. Не обязательно добиваться полной герметичности брюшной полости, так как если имеется раневое отделяемое, то оно выводится наружу.

8.2. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Одной из причин возникновения опухолей репродуктивной системы женщины является нарушение сложного механизма нейроэндокринной регуляции. Эксперименты показали, что развитие опухоли можно вызвать длительным воздействием ФСГ, длительной гиперэстрогенизацией и длительным монотонным воздействием эстрогенов в нормальных или даже сниженных дозах.

Временное снижение эстрогенной функции яичников может наступить при воспалении придатков матки, инфекционных заболеваниях, недостаточности питания и т. д. Все эти факторы могут быть причиной нарушения гормональных соотношений в организме женщины. Больную следует рассматривать не только как носительницу опухоли, но и как женщину, у которой имеют место патологические изменения, связанные с гормональными нарушениями.

Большое число больных с опухолями яичников старше 40 лет. Именно в этом возрасте возникают болезни, связанные с изменением функции гипоталамуса [Дильман В. М., 1987].

Живой организм характеризуется постоянством внутренней среды; по мере старения происходит постепенная потеря его.

В настоящее время значительно увеличилась средняя продолжительность жизни. Следовательно, много лет организм живет в условиях, когда механизм старения формирует большую группу болезней компенсации [Дильман В. М., 1958]. Возможно изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормонов, что может явиться причиной возникновения опухолей.

В исследованиях, проведенных на кафедре акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института, руководимой В. И. Грищенко, показана довольно четкая зависимость активности действия эпифиза от циклических процессов в яичниках. Снижение его функции приводит к растормаживанию действия гипофиза и тем самым к гиперфункции гонадотропных гормонов, что в свою очередь может служить причиной возникновения гиперпластических процессов и опухолей.

Сказанное выше относится ко всем опухолевым процессам, которые возникают в организме женщины.

8.2.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Имеется много классификаций опухолей яичников, построенных по клиническому, клинико-морфологическому и гистологическому принципам, ни одна из них полностью не удовлетворяет требованиям клиницистов. В настоящее время используется гистологическая классификация опухолей яичников, созданная в 1973 г. при участии Международного справочного центра (Ленинград) и 12 сотрудничавших с ним центров разных стран. В ней представлены доброкачественные и злокачественные опухоли, а также опухолевидные заболевания яичников. Мы считаем целесообразным предпослать эту классификацию описанию доброкачественных опухолей яичников.

I. «ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ» ОПУХОЛИ

A. Серозные опухоли.

1. Доброкачественные: а) цистаденома и папиллярная цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма; в) поверхностная папиллома.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) цистаденома и папиллярная цистаденома; б) поверхностная папиллома; в) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. Злокачественная: а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома; б) поверхностная папиллярная карцинома; в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

B. Муцинозные опухоли.

1. Доброкачественные: а) цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. Злокачественные: а) аденокарцинома и цистаденокарцинома; б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

В. Эндометриоидные опухоли.

1. Доброкачественные: а) аденома и цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) аденома и цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма.
3. Злокачественные: а) карцинома; аденокарцинома, аденоакантома, злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма; б) эндометриоидная стромальная саркома; в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные.

Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.

1. Доброкачественные: аденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности).
3. Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

Д. Опухоли Бреннера.

1. Доброкачественные.
2. Пограничные (пограничной злокачественности).
3. Злокачественные.

Е. Смешанные эпителиальные опухоли.

1. Доброкачественные.
2. Пограничные (пограничной злокачественности).
3. Злокачественные.

Ж. Недифференцированная карцинома.

3. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.

II. ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА

А. Гранулезостромально-клеточные опухоли.

1. Гранулезоклеточная опухоль.
2. Группа теком-фибром: а) текома; б) фиброма; в) неклассифицируемые.

Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.

1. Высокодифференцированные: а) тубулярная андробластома, опухоль из клеток Сертоли; б) тубулярная андробластома с накоплением липидов, опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена); в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига; г) опухоль из клеток Лейдига, опухоль из хилусных клеток.
2. Промежуточной (переходной) дифференцировки.
3. Низкодифференцированные (саркоматоидные).

В. Гинандробластома.

Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.

III. ЛИПИДНО-КЛЕТОЧНЫЕ (ЛИПОИДНО-КЛЕТОЧНЫЕ) ОПУХОЛИ.

IV. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

А. Дисгерминома.

Б. Опухоль эндодермального синуса.

В. Эмбриональная карцинома.

Г. Полиэмбриома.

Д. Хорионэпителиома.

Е. Тератомы.

1. Незрелые.

2. Зрелые: а) солидные; б) кистозные: дермоидная киста, дермоидная киста с малигнизацией.

3. Монодермальные (высокоспециализированные): а) струма яичника; а) карциноид; в) струма яичника и карциноид; г) другие опухоли.

Ж. Смешанные герминогенные опухоли.

V. ГОНАДОБЛАСТОМА.

А. Чистая (без примеси других форм).

- Б. Смешанная с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей.

- VI. ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ.
- VII. НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ.
- VIII. ВТОРИЧНЫЕ (МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ) ОПУХОЛИ.
- IX. ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ.

- А. Лютеома беременности.
- Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.
- В. Массивный отек яичника.
- Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.
- Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники).
- Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и (или) желтого тела.
- Ж. Эндометриоз.
- З. Поверхностные эпителиальные кисты включения (герминальные кисты включения).
- И. Простые кисты.
- К. Воспалительные процессы.
- Л. Паровариальные кисты.

Многие из представленных в классификации опухолей встречаются очень редко.

Приведенная классификация не очень удобна для использования в клинической практике. Очевидно, она принесет большую пользу патоморфологам, изучающим удаленную опухоль. Однако сведения о ней необходимы всем практикующим врачам.

8.2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Жалобы неспецифичны. Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли. Наиболее частой жалобой больных с опухолями яичников являются боли. Боли возникают внизу живота, в пояснице, иногда в паховых областях. Чаще они тупые, ноющего характера. Острые боли появляются лишь при перекруте ножки опухоли, кровоизлияниях в случае разрыва капсулы опухоли. Как правило, боли не связаны с менструацией и возникают вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры полых органов и, наконец, в результате нарушения кровообращения.

Характер болевых ощущений зависит от индивидуальных особенностей центральной нервной системы, определяющих восприятие болевых раздражений. Иннервация половой системы характеризуется значительным развитием рецепторного аппарата, воспринимающего различные по характеру раздражения. Опухоль в яичнике может вызывать раздражение рецепторов половых органов и брюшины малого таза, а также нервных окончаний и сплетений сосудистой системы матки и придатков.

Болевой синдром может быть обусловлен натяжением капсулы опухоли, что приводит к раздражению рецепторного аппарата и нарушению кровоснабжения стенки опухоли, а это само

по себе может вызвать болевые ощущения. Довольно часто больные жалуются на запор и расстройство мочеиспускания, при значительных размерах опухоли — на чувство тяжести и увеличение объема живота. Общие явления, слабость, одышку отмечают женщины, у которых имеют место экстрагенитальные заболевания, обуславливающие эти симптомы. Нередко основной жалобой является бесплодие. У значительного числа больных нет никаких симптомов заболевания и они длительное время являются носительницами новообразования, не подозревая об этом.

Доброкачественные опухоли яичников нередко сочетаются с другими гинекологическими заболеваниями, например хроническим воспалением придатков матки. Вполне возможно, что воспалительный процесс является причиной изменения гормональных взаимоотношений в организме женщины. Не исключается возможность того, что воспалительный процесс возникает как осложнение опухоли вследствие микроперфораций, нарушения кровообращения и т. д.

Менструальная функция у больных с доброкачественными опухолями яичников часто характеризуется различными нарушениями. Генеративная функция у этих больных снижена, что может быть обусловлено нарушениями в системе гипоталамус—гипофиз—яичники, непроходимостью маточных труб или изменением их функции в связи с наличием опухоли в малом тазу. Кроме того, известно большое число сопутствующих гинекологических заболеваний, которые могут обусловить бесплодие.

Доброкачественные опухоли яичников (исключая гормонпродуцирующие) независимо от строения в своих клинических проявлениях имеют много общего. В ранних стадиях заболевание, как правило, протекает бессимптомно. Даже при появлении первых симптомов заболевания некоторых больных длительное время не оперируют, так как либо женщина не обращается к врачу, либо врач, наблюдая за ней, не рекомендует оперативное лечение. При опросе нередко выясняется, что те или иные симптомы заболевания имели место давно. В связи с этим суждения о длительности заболевания весьма приблизительны.

Н. М. Эмануэль и Л. С. Евсеенко (1970) с помощью математических методов установили, что рост опухоли начинается задолго до того, как она обнаруживается, т. е. доклиническое существование новообразования может быть весьма длительным. Изучая кинетику роста злокачественных опухолей, авторы в ряде случаев выявили, что доклиническая фаза может длиться десятки лет. Естественно предположить, что вначале имеет место медленное и доброкачественное течение заболевания и затем уже возникает злокачественный рост.

Время существования опухоли практически неизвестно, поскольку, как правило, оперируют больных уже с такими опухолями, которые можно пальпировать или выявить с помощью дополнительных исследований.

Изменения картины крови при доброкачественных опухолях яичников не отличаются специфичностью. Правда, в большинстве случаев СОЭ возрастает до 25—30 мм/ч. Лейкоцитоз возникает, как правило, только при наличии осложнений, лейкоцитарная формула не изменена.

Наиболее часто встречаются эпителиальные опухоли (серозные, или цилиоэпителиальные, и муцинозные кистомы), дермоидные кисты яичников, или зрелые тератомы, фибромы яичников.

8.2.2.1. Эпителиальные опухоли

Серозные, или цилиоэпителиальные, опухоли делятся на гладкостенные и папиллярные, а папиллярные в свою очередь на инвертирующие (сосочки располагаются внутри капсулы кистомы) и эвертирующие (сосочки располагаются на наружной поверхности капсулы; при этом опухоль часто приобретает вид цветной капусты). Существуют также смешанные опухоли, когда сосочки располагаются и на внутренней и на наружной поверхности капсулы кистомы.

По клиническому течению гладкостенные и папиллярные опухоли значительно отличаются друг от друга. Гладкостенные опухоли часто однокамерные и односторонние, их легко спутать с фолликулярными кистами яичников. Папиллярные кистомы часто двусторонние, нередко сопровождаются асцитом, воспалительным процессом в малом тазе, интралигаментарным расположением опухоли и разрастанием сосочков по брюшине. Эвертирующую форму опухоли во время операции, как правило, принимают за рак яичника.

Муцинозные кистомы многокамерные, отличаются быстрым ростом. Содержимое опухоли — слизистоподобная жидкость.

8.2.2.2. Фиброма

Фибромы яичника имеют бобовидную форму, плотные, легко подвергаются некрозу. Часто сопровождаются асцитом, к которому иногда присоединяются анемия и гидроторакс. Эта триада (асцит, гидроторакс и анемия) встречается редко и носит наименование синдрома Мейгса.

8.2.2.3. Дермоидные кисты

Дермоидные кисты яичников, или зрелые тератомы, как правило, имеют длинную ножку, располагаются кпереди от матки, обладают повышенной подвижностью. Опухоли встречаются чаще в молодом возрасте и даже до периода полового созревания. Остальные опухоли чаще возникают в возрасте 40 лет и старше, но не исключается их возникновение и в молодом возрасте.

8.2.2.4. Гормонпродуцирующие опухоли

Гормонпродуцирующие опухоли подразделяются на две группы, отличающиеся друг от друга клиническим течением заболевания.

Феминизирующие опухоли яичника (гранулезоклеточные, гранулезотеккаклеточные, текаклеточные) вырабатывают в большом количестве эстрогены, и это обуславливает их клинические проявления. У девочек возникают признаки преждевременного полового созревания, у женщин в зрелом возрасте — нарушения менструального цикла и беспорядочные кровотечения. В постменопаузе происходит как бы омоложение организма (сочность слизистой оболочки влагалища, появление кровянистых выделений, высокий кариопикнотический индекс, гиперплазия слизистой оболочки тела матки).

Маскулинизирующие опухоли (андробластома, липоидоклеточные опухоли) вырабатывают в большом количестве мужской половой гормон тестостерон, что приводит к исчезновению менструаций, гирсутизму, бесплодию в поздних стадиях заболевания, облысению, изменению тембра голоса.

8.2.3. ДИАГНОСТИКА

Диагноз опухоли яичника устанавливают на основании расспроса больной, лабораторных данных и бимануального исследования. В малом тазе определяются образования различной величины и формы (в зависимости от характера опухоли). Кисты, как правило, располагаются сбоку или позади матки. Дермоидные кисты, обладая длинной ножкой, подвижны и нередко пальпируются кпереди от матки. Часто неизменная матка располагается на опухоли, как на подушке. Серозные гладкостенные опухоли тугоэластические, тонкостенные. Папиллярные эвертирующие опухоли могут иметь причудливую форму. При сжатии их между пальцами создается впечатление «хруста снега». Подвижность их часто ограничена. Муцинозные кисты имеют шаровидную бугристую поверхность. Фибромы плотные, как правило, подвижные, чаще односторонние.

Пальпаторно, как правило, можно определить размер, консистенцию, характер поверхности опухоли, местоположение ее и взаимоотношения с органами малого таза.

Особенно тщательно надо обследовать женщин с неблагоприятным преморбидным фоном, нарушением менструальной функции со времени наступления менархе, воспалительным процессом в придатках матки, первичным бесплодием и миомой матки. Именно эти патологические состояния часто предшествуют или сопутствуют опухоли яичника. Опухоли яичников типа андробластомы часто наблюдаются у больных с первичной аменореей, а также с дисгенезией половых желез при кариотипе XY.

8.2.4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Установление диагноза до операции весьма желательно, так как это позволяет определить объем вмешательства, характер предоперационной подготовки и назначить хирурга соответствующей квалификации.

Доброкачественную опухоль следует дифференцировать от злокачественной опухоли яичника, особенно в I или II стадии распространения процесса. Рак яичника может ничем не отличаться от кистомы, тем более если он возник в кистоме. За доброкачественные опухоли яичников нередко принимают метастатический рак яичников — так называемую опухоль Крукенберга. Первичный очаг при этом может локализоваться в любом органе, чаще в желудочно-кишечном тракте.

Кистому яичников до операции трудно дифференцировать от фолликулярной кисты. Признаки, которые обычно учитывают при диагностике кист яичников, присущи и кистомам. Кисты, как правило, невелики, однако и кистомы вначале могут иметь небольшие размеры. Кисты яичников часто располагаются сбоку и спереди от матки, но этот признак непостоянен. Трудность распознавания кист и кистом яичников приводит к тому, что опухолью яичника часто именуют ретенционные образования, в которых отсутствует истинный бластоматозный рост.

Фолликулярные кисты пальпируются как тонкостенные кистозные образования, как правило, подвижные, малоблезненные при пальпации. Диаметр образования, как правило, не превышает 10 см, форма округлая. Поскольку фолликулярную кисту нередко нельзя отличить от кистомы, показана операция.

При подозрении на кисту желтого тела можно провести наблюдение за больной в течение 2—3 мес. Если образование не рассасывается, то показана операция.

Опухоли яичника приходится дифференцировать от эндометрионидных кист, для которых характерны резкие боли до и во время менструации, иногда симптомы раздражения брюшины, так как происходит микроперфорация кист с попаданием их содержимого в брюшную полость. Это же обуславливает наличие спаечного процесса, который почти всегда сопутствует эндометрионидным кистам, ограничивая их подвижность. Диагноз эндометрионидной кисты становится еще более вероятным, если имеется и другая локализация эндометриоза. Эндометрионидные кисты располагаются сбоку или позади матки и в результате спаечного процесса нередко составляют с маткой единый конгломерат.

Размеры эндометрионидных кист меняются в зависимости от фазы менструального цикла, чего не наблюдается при опухолях яичников. Это является важным диагностическим признаком. При наличии эндометрионидных кист также показано хирургическое лечение.

У ряда больных трудно дифференцировать опухолевидные

образования воспалительной этиологии и истинную опухоль, исходящую из придатков матки. При распознавании этих заболеваний часто допускаются ошибки. Установление точного диагноза имеет принципиальное значение, так как от этого зависит тактика лечения, которая при воспалительных заболеваниях и опухолях различна.

Как правило, на основании клинических данных и результатов дополнительных исследований воспалительные изменения можно отличить от опухолей придатков матки.

Данные анамнеза (возникновение заболевания после родов, абортов или с началом половой жизни, наличие в анамнезе обострений воспалительного процесса, бесплодие, а также определение при бимануальном исследовании болезненных образований в области придатков матки с нечеткими контурами) позволяют думать о воспалительном процессе. При обнаружении опухолевидных образований в области придатков матки в постменопаузе следует предположить истинную опухоль яичников, так как воспалительные процессы в этом возрасте возникают исключительно редко. Гидросальпинкс может стимулировать опухоль яичника.

Наличие гнойного тубовариального образования, как правило, сопровождается симптомами раздражения брюшины, высоким лейкоцитозом, лихорадочным состоянием и сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Противовоспалительная терапия может расцениваться и как диагностический тест. Если под воздействием лечебного фактора рассасывания образования не происходит, то нельзя исключить опухоль и показано оперативное вмешательство.

Развитие опухоли нередко сопровождается перифокальным воспалением. Терапия может вести к уменьшению образования и улучшению самочувствия. В тех случаях, когда после противовоспалительной терапии образование приобретает более четкие контуры, следует думать об опухоли.

В настоящее время наблюдается еще одно патологическое состояние, которое следует дифференцировать от опухоли яичника. Это синдром гиперстимуляции яичника, который возникает под влиянием гормональных препаратов, применяемых для стимуляции овуляции. Яичник увеличивается (иногда значительно), появляются боли, в более тяжелых случаях даже асцит и симптомы острого живота. Указание женщины на прием препаратов для стимуляции овуляции способствует диагностике.

Апоплексия яичника в некоторых случаях может быть принята за опухоль. Тщательно собранный анамнез помогает установить диагноз. Определение дней менструального цикла позволяет заподозрить апоплексию. Если женщина отрицает половую жизнь, а заболевание напоминает внематочную беременность, также следует думать об апоплексии яичника.

Из числа редко встречающихся заболеваний, симулирующих опухоль яичника, следует назвать массивный отек яичника, ко-

торый сопровождается болями и причиной которого может быть частичный перекрут брыжейки яичника.

Истинную опухоль яичника часто приходится дифференцировать от паровариальной кисты, которая представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, тугоэластической консистенции, расположенное сбоку и спереди от матки. Обычно дифференцировать паровариальную кисту от овариального образования удается лишь в тех случаях, когда на нижнем полюсе или рядом с опухолевидным кистозным образованием пальпируется неизменный яичник.

Диагностика паровариальной кисты несколько облегчает эхографическое исследование, при котором наряду с кистозным образованием определяется яичник.

Опухоли яичников следует отличать от миомы матки. Наличие миоматозных узлов, исходящих из тела матки, и явно выраженный переход шейки матки непосредственно в опухоль позволяют в большинстве случаев различить эти заболевания. Миома матки часто сопровождается гиперполименореей, тогда как при кистах яичника кровотечения, как правило, нет. Опухоль, возникшая в постменопаузе, чаще всего исходит из яичника.

Подбрюшинный миоматозный узел на ножке трудно отличить от опухоли яичника, но в этих случаях уточнение диагноза не имеет большого значения, так как в том и другом случае больная нуждается в операции.

В редких случаях опухоль может симулировать инородное тело, оставленное в брюшной полости во время предыдущей операции. При этом в брюшной полости пальпируют образования в спайках, с нечеткими контурами. Диагноз установить трудно, однако заподозрить наличие инородного тела можно, учитывая данные анамнеза (перенесенная операция, тяжелое течение послеоперационного периода).

За опухоль яичника можно принять опухоль, исходящую из кишечника или брыжейки, а также дистопированную селезенку или почку.

Чтобы не расценить как опухоль наполненный мочевой пузырь или забитую фекалиями толстую кишку, исследование всегда надо проводить при опорожненных мочевом пузыре и кишечнике.

8.2.5. ОСЛОЖНЕНИЯ

Самым тяжелым осложнением доброкачественных опухолей яичника является возникновение в них злокачественного роста. Наиболее опасны с этой точки зрения цилиоэпителиальные папиллярные кистомы. Значительно реже наблюдается злокачественный рост муцинозных кистом и совсем редко — дермоидных кист яичников.

Уловить момент возникновения злокачественного роста трудно. При осмотре каждой женщины, у которой имеется опухоль

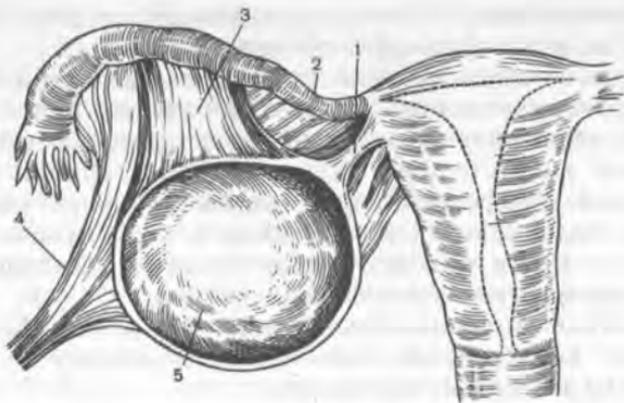


Рис. 8.10. Анатомическая и хирургическая ножки кисты яичника.

Анатомическая ножка: 1 — собственная связка яичника; 2 — маточная труба; 3 — часть широкой связки (задний листок); 4 — связка яичника. Хирургическая ножка: 1 — собственная связка яичника; 2 — маточная труба; 3 — часть широкой связки (задний листок); 4 — подвешивающая связка яичника; 5 — киста яичника.

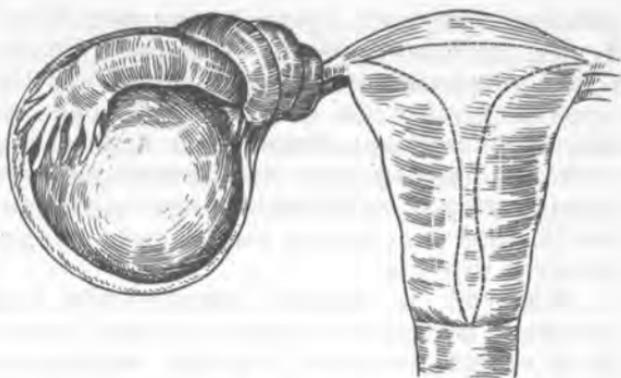
яичника, нельзя исключить возможность злокачественности новообразования, даже если опухоль невелика и подвижна. Другими словами, необходимо своевременно удалять доброкачественные опухоли яичника.

Перекрут ножки опухоли. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и части заднего листка широкой связки яичника. В ножке кисты проходят сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), лимфатические сосуды и нервы. Хирургическая ножка — образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит растянутая в длину маточная труба (рис. 8.10).

При полном перекруте ножки опухоли резко нарушаются кровоснабжение и питание в опухоли, возникают кровоизлияния и некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота. Внезапные резкие боли, дефанс передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, нередко тошнота или рвота, парез кишечника, задержка стула, реже понос. Температура тела повышена, пульс частый, отмечаются бледность, холодный пот, тяжелое общее состояние, снижение артериального давления.

Может произойти перекрут ножки любой кисты. Подвижные опухоли, не спаянные с окружающими органами (рис. 8.11), наиболее опасны в этом отношении. При перекруте опухоль увеличивается за счет кровоизлияния и отека. Попытки смещения ее вызывают резкую болезненность. В этих случаях больные нуждаются в срочной операции — удалении опухоли. Промедление с операцией приводит к омертвлению опухоли, присоединению вторичной инфекции, сращению с соседними органами, отграни-

Рис. 8.11. Перекрут ножки опухоли яичника.



ченному перитониту, что в дальнейшем значительно осложняет неизбежную операцию. У некоторых больных промедление с операцией может привести к развитию разлитого перитонита.

При частичном перекруте ножки опухоли все явления носят значительно менее выраженный характер и могут исчезнуть даже без лечения. В дальнейшем во время операции выявляются ряд вторичных изменений в опухоли, некроз, кровоизлияния.

Нагноение стенки или содержимого опухоли. Возникает довольно редко. Инфекция может проникнуть в опухоль из кишечника лимфогенным путем. Не исключается возможность гематогенной инфекции. При образовании гнойника образуются перифокальные спайки. Гнойник может прорваться в прямую кишку или мочевого пузырь, вследствие чего появляются свищи. Нагноение опухоли сопровождается симптомами гнойной инфекции (озноб, высокая температура тела, лейкоцитоз, признаки раздражения брюшины).

Кровоизлияния. Нередко отмечают кровоизлияния в стенку или в полость опухоли, которые, как правило, сопровождаются усилением болей. До операции и гистологического исследования они распознаются редко.

Разрыв капсулы кисты. Это осложнение наблюдается нечасто. Иногда оно является результатом травмы. Грубое исследование при наличии хрупкой капсулы может привести к ее разрыву. Разрыв оболочки вызывает острые боли, шок, кровотечение. При разрыве опухоль во время исследования перестает определяться. Разрыв капсулы кисты может привести к имплантации элементов опухоли по брюшине. Особенно опасен разрыв муцинозной кисты яичника.

Псевдомиксома брюшины — редкое заболевание. В большинстве случаев псевдомиксома брюшины наблюдается у пожилых женщин. Это заболевание является осложнением муцинозных кистом яичника. Источником заболевания может быть также аппендикс.

Характерных признаков, на основании которых можно было бы достоверно поставить диагноз псевдомиксомы брюшины, нет. Заболевание может протекать под видом хронического аппенди-

цита или опухоли брюшной полости без четкой локализации. В ряде случаев больные обращаются к врачу по поводу быстрого увеличения живота. Он принимает шарообразную форму, сохраняющуюся при изменении положения тела; пальпация живота безболезненна. Увеличение живота сопровождается появлением тестоватости при ощупывании, притуплением перкуторного звука, которое не исчезает при перемене положения больной. Иногда при пальпации имеют место характерные «коллоидный треск» и «хруст».

Разлитой реактивный перитонит с обширными сращениями нарушает функцию органов брюшной полости. Больные жалуются на потерю аппетита, изжогу, метеоризм, диспепсические расстройства. Может образоваться гнойник с перфорацией кишки и возникновением кишечного свища. Затем появляются отек, кахексия, рвота, повышается температура тела, СОЭ возрастает до 40—60 мм/ч, возникает моноцитоз, увеличивается число палочкоядерных нейтрофилов, развивается лимфопения. Больные умирают при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности вследствие нарастающей интоксикации.

Отсутствие характерных симптомов заболевания приводит к тому, что псевдомиксома брюшины до операции почти никогда не диагностируется. Истинная природа заболевания не всегда распознается даже во время операции. В ряде случаев устанавливают диагноз рака яичников с «обсеменением брюшины и метастазами».

При псевдомиксоме брюшины необходима немедленная и по возможности радикальная операция: удаление опухоли и внутренних половых органов, резекция сальника и пристеночной брюшины с имплантатами, а также освобождение брюшной полости от свободно лежащих студенистых масс. Оставление сальника ухудшает прогноз заболевания. Несмотря на то что почти ни в одном случае псевдомиксомы брюшины не удается полностью освободить брюшную полость от излившихся студнеобразных масс и вторичных опухолевых кист, иногда после операции может наступить выздоровление. Если оперативное вмешательство не проводится, то больные умирают. После операции показано длительное наблюдение, а в случае возникновения рецидива — повторное оперативное вмешательство.

Прогноз при псевдомиксоме брюшины обычно неблагоприятный. Несмотря на морфологически доброкачественный характер опухоли, больные умирают от прогрессирующего истощения вследствие длительного течения заболевания. В редких случаях происходит обратное развитие патологического процесса и наступает выздоровление. Результаты наших наблюдений также свидетельствуют о неблагоприятном течении псевдомиксомы брюшины.

Известны казуистические случаи, связанные с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. Так, описан случай ущемления кисты яичника в паховой грыже.

Наличие опухолей яичников может нарушать функцию соседних органов. Непроходимость кишечника возникает в тех случаях, когда опухоль нарушает нормальную подвижность кишечных петель и ведет к сдавлению их просвета.

Установление диагноза опухоли яичника диктует необходимость оперативного вмешательства. Объем операции зависит от возраста больной, характера опухоли, наличия сопутствующих заболеваний.

8.2.6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

При решении вопроса об объеме оперативного вмешательства при доброкачественной опухоли яичника возникает противоречие между необходимостью онкологической настороженности и проведением принципа разумного консерватизма.

Консервативной операцией на яичнике следует считать удаление опухоли с оставлением здоровой ткани яичника, а в дальнейшем формирование его.

По вопросу об оперативном вмешательстве при доброкачественных опухолях яичников имеются различные мнения. Ряд авторов ставят объем операции в зависимость от возраста, рекомендуя молодым женщинам производить одностороннюю овариотомию, а в периоде, близком к менопаузе, с целью профилактики рака — пангистерэктомию. Некоторые авторы считают, что удаление пораженного яичника является правомочной операцией и что в дальнейшем функция удаленного яичника полностью компенсируется деятельностью оставшегося.

Яичник является одним из звеньев цепи гормональной регуляции гипоталамус—гипофиз—яичники. Наличие обратной связи в этой цепи при удалении даже одного яичника приводит к снижению эстрогенной функции, что сейчас же опосредованно, через гипоталамические центры, отражается на гонадотропной функции гипофиза. В дальнейшем это может привести к нарушениям функций других желез внутренней секреции.

Многочисленные клинические наблюдения показывают, что нередко производят неоправданно радикальные операции, т. е. удаляют яичник в том случае, когда вполне возможно его сохранение. Хирург, осматривая второй яичник и убеждаясь в его интактности, с легкостью удаляет придатки пораженной стороны, что часто приводит к неблагоприятным последствиям.

Ряд исследователей подчеркивают необходимость необычайно бережного отношения к яичнику как половой железе, играющей большую роль в жизнедеятельности женского организма. После одностороннего удаления яичника отмечают не только нарушения менструальной и генеративной функций, но и невро-вегетативные расстройства. После консервативных операций на яичниках менструальная и генеративная функции страдают значительно меньше, чем после односторонней овариотомии.

При наличии доброкачественной опухоли яичника у женщины в репродуктивном возрасте можно удалить опухоль и сохранить здоровую ткань яичника. Несмотря на большие размеры опухоли, если во время операции выявляются неизменные участки ткани яичника, показана консервативная операция. Естественно, речь идет о женщинах детородного возраста. Отдаленные результаты — единственно достоверный критерий правильности действий — совершенно четко указывают на необходимость бережного отношения к ткани яичника в репродуктивном возрасте женщины, так как после консервативных операций у значительно большего числа женщин сохраняются менструальная и генеративная функции. Даже при наличии сочетанной патологии операции у молодых женщин должны быть максимально консервативны (консервативная миомэктомия, частичная резекция яичника).

Противопоказаниями к проведению консервативных операций на яичниках являются перекрут ножки опухоли, нагноение и инфицирование, обширные спайки в малом тазе и межсвязочное расположение опухоли. Кроме того, иногда обнаруживается неизменная овариальная ткань, но в процессе операции не удастся сохранить питание этого участка и приходится полностью удалять яичник.

Яичники функционируют практически во все периоды жизни женщины, но с возрастом их деятельность видоизменяется. В климактерическом периоде яичники активно действуют как железы внутренней секреции. Деятельность их продолжается и в постменопаузе, видоизменяясь в направлении перехода от синтеза классических фенолстероидов к неклассическим. Это подтверждается, в частности, тем, что после удаления яичников в постменопаузе у больных раком молочной железы повышается выделение гонадотропинов. Причинами наступления постменопаузы являются не недостаточность яичников, а в первую очередь возрастные изменения гипоталамических центров, регулирующих циклическую и количественную продукцию гонадотропинов.

Сходство клинических симптомов, которые развиваются в климактерическом периоде и после кастрации, привело к тому, что многие стали отождествлять эти состояния. Однако, как известно, генез этих состояний различен. Посткастрационный синдром обусловлен одномоментным полным выключением функции яичников, а климакс развивается на фоне возрастной перестройки гипоталамических центров и постепенного угасания функции яичников с частичным ее сохранением даже в периоде постменопаузы. Удаление яичников в возрасте 45 лет и старше не безразлично для женщины и может вызвать развитие посткастрационного синдрома. У больных, оперированных в этом возрасте, чаще встречаются нервно-психические расстройства, гипертония развивается в три раза чаще, чем у женщин, оперированных в возрасте до 45 лет. Хирургическая кастрация в ряде

случаев сопровождается развитием гиперостоза и нарушением функции щитовидной железы.

По многочисленным наблюдениям, оставление яичников не увеличивает опасности развития рака, в то время как раннее удаление их способствует появлению сердечно-сосудистых и других заболеваний. Из всего изложенного выше становится понятной необходимость бережного отношения к яичникам в любом возрасте.

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни приобретает особое значение определение хирургической тактики при лечении больных пожилого и старческого возраста. Одной из причин, которая заставляет хирурга ограничивать объем операции, является то, что в пожилом возрасте у женщин нередко наблюдаются экстрагенитальные заболевания.

Показания к операции при наличии доброкачественных опухолей яичников можно сформулировать следующим образом:

1. Установление диагноза опухоли яичника является показанием к безотлагательному оперативному лечению.

2. Подозрение на опухоль яичника и невозможность уточнить диагноз при применении дополнительных методов исследования. В этих случаях операцию следует расценивать как диагностическую лапаротомию.

3. Наличие опухолевидного образования воспалительной этиологии, которое не поддается длительной консервативной терапии, должно наводить на мысль о возможности опухоли яичника. В таких случаях также показано оперативное лечение.

У молодых женщин придатки матки удаляют при наличии противопоказаний к консервативной операции на яичниках или у женщин в климактерическом периоде и постменопаузе. Показанием к двустороннему удалению придатков матки (включая пангистерэктомию и ампутацию матки с придатками) является подозрение на злокачественный процесс в яичниках и двусторонние опухоли у женщин в климактерии и постменопаузе.

Операции на яичниках, как правило, производят абдоминальным путем. Это обусловлено прежде всего необходимостью ревизии органов брюшной полости, так как никогда нельзя с точностью определить характер опухоли. Кроме того, абдоминальным путем операции выполнять проще.

В настоящее время опухоли яичников нередко диагностируют у женщин в возрасте моложе 30 лет, которые забеременели после длительного лечения бесплодия. В этих случаях вопрос об операции должен решаться с большой осторожностью. Особое значение при определении характера опухоли в этих случаях имеет ультразвуковое исследование, которое позволяет определить структуру опухоли и дополнить результаты бимануального исследования.

Отдаленные результаты лечения больных после удаления доброкачественных опухолей яичника благоприятны с точки зрения

ния сохранения трудоспособности. Нарушения менструальной и генеративной функций коррелируют с количеством удаленной ткани яичника.

8.3. ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

В этом разделе описаны образования, которые включены в классификацию ВОЗ.

8.3.1. Фолликулярная киста

Фолликулярная киста — это опухолевидное образование, возникающее вследствие накопления жидкости в кистозноатрезирующемся фолликуле. В таком образовании отсутствует истинный бластоматозный рост. Макроскопически фолликулярные кисты представляют собой тонкостенные образования, однокамерные, тугоэластической консистенции.

Фолликулярные кисты могут возникать в любом возрасте, даже в детстве, но все же чаще образуются после периода полового созревания. Это положение подтверждается рядом экспериментальных исследований. В патогенезе фолликулярных кист может иметь значение перенесенный воспалительный процесс.

Основным симптомом заболевания являются боли внизу живота. В редких случаях киста обладает гормональной активностью или ее развитие сопровождается нарушением менструального цикла.

При влагалищном исследовании киста определяется сбоку или спереди от матки, малоболезненна при пальпации, нередко сопровождается воспалительным процессом в области придатков матки. Диаметр фолликулярной кисты не превышает 10 см.

Установив диагноз кисты яичника, можно провести наблюдение за больной в течение 2—3 менструальных циклов. Если опухолевидное образование не рассасывается, то показано оперативное лечение. Это необходимо, так как до операции и даже до гистологического исследования удаленного препарата фолликулярную кисту трудно дифференцировать от серозной гладкостенной кистомы яичника. Операция заключается в удалении кисты и формировании яичника из оставшейся здоровой ткани, а в климактерическом периоде и постменопаузе — в удалении придатков матки пораженной стороны. Операцию производят так же, как и при доброкачественной опухоли яичника.

8.3.2. КИСТА ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Кисты желтого тела встречаются относительно редко (2—5 % по отношению ко всем кистомам и кистам яичников).

Киста по своему строению сходна с желтым телом и отличается от него лишь размерами (обычно не более 8 см в диаметре).

Стенки ее толстые. Внутренняя поверхность характеризуется складчатостью желтого цвета. Содержимое представляет собой светлую прозрачную жидкость, иногда с примесью крови.

При микроскопическом исследовании обнаруживается, что клетки желтого тела располагаются в стенке кисты в виде пласта или отдельных групп. В каждой кисте желтого тела имеются лютеиновые и текалютеиновые клетки. Во всех случаях гистологически можно определить стадию развития желтого тела. Таким образом, кисты желтого тела — это ретенционные образования, кистозные желтые тела.

Кисты желтого тела встречаются у больных в возрасте от 16 до 55 лет. Основная жалоба — боли внизу живота в связи с сопутствующим воспалением придатков матки. Специфические клинические признаки отсутствуют. Наиболее частое осложнение — кровоизлияние в полость кисты.

Киста желтого тела пальпируется чаще сбоку от матки, имеет неравномерную консистенцию. Кисты желтого тела нередко возникают во время беременности. После ее прерывания они быстро рассасываются. Может возникнуть ситуация, когда прерывают беременность, а через 12—14 дней производят операцию и при этом не обнаруживают кисты. Накануне операции необходимо повторное влагалищное исследование.

В большинстве случаев кисты желтого тела претерпевают обратное развитие. Постепенно слой лютеиновых клеток замещается соединительной тканью и образование может превратиться в кисту, лишенную эпителия.

При подозрении на кисту желтого тела следует провести наблюдение в течение 2—3 менструальных циклов, так как может произойти обратное развитие кисты. В противном случае показана операция — чревосечение, удаление кисты с оставлением неизменной ткани яичника, так как до операции нельзя исключить наличие истинной опухоли яичника.

8.3.3. ПАРОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА

Паровариальная киста — ретенционное образование, расположенное между листками широкой связки матки и исходящее из надъяичникового придатка. Возникает в основном в возрасте 20—40 лет. Надъяичниковый придаток (паровариум) достигает наибольшего развития в период половой зрелости, подвергаясь атрофии к старости. По-видимому, этим объясняется редкость возникновения паровариальной кисты в детстве и старости.

Макроскопически паровариальная киста имеет вид образования округлой или овальной формы, тугоэластической консистенции. В большинстве случаев она однокамерная, с прозрачным жидким содержимым. По размерам кисты могут варьировать от маленьких до гигантских, занимающих всю брюшную полость, чаще диаметр паровариальной кисты составляет 8—10 см. Стенка паровариальной кисты тонкая, прозрачная, с сосудистой

сеть, состоящей из сосудов брыжейки маточной трубы и стенки кисты. На верхнем полюсе кисты видна распластанная удлиненная деформированная маточная труба. Яичник располагается у задненижнего полюса кисты, а в редких случаях может быть также распластан на ее нижней поверхности.

Располагаясь межсвязочно, паровариальная киста маленьких размеров вначале не имеет ножки, однако при росте в сторону брюшной полости происходит выпячивание одного из листков широкой связки матки и образуется ножка, состоящая из листков брыжейки маточной трубы. Чаще всего в нее входит маточная труба, а иногда и собственная связка яичника.

Гистологически выявляется, что стенка кисты образована волокнистой фиброзной тканью. Внутренняя поверхность ее покрыта цилиндрическим, кубическим и плоским однорядным или многорядным эпителием. В некоторых случаях на внутренней поверхности паровариальной кисты обнаруживаются папиллярные разрастания.

Клиническая картина характеризуется болями внизу живота и пояснице. По мере роста кисты могут иметь место симптомы сдавления соседних органов и увеличение размеров живота. Иногда отмечаются нарушения менструального цикла и бесплодие. Указанные расстройства наблюдаются в основном при сочетанной патологии: паровариальной кисте, миоме матки, кистах или кистамах яичников.

Из осложнений, наблюдающихся при паровариальной кисте, практическое значение имеет лишь перекрут ее ножки. Выраженность клинической симптоматики зависит от того, какие образования входят в ножку кисты. В тех случаях, когда в процесс вовлечены маточная труба и связки яичника (при больших размерах кисты), перекрут ножки кисты имеет тяжелое течение, так как сдавливаются основные сосудистые и нервные стволы яичниковых связок. Внезапно развивается клиническая картина острого живота.

Диагностика паровариальной кисты представляет значительные затруднения. Обычно дифференцировать ее от кисты яичника удается лишь в тех случаях, когда на нижнем полюсе или рядом с опухолевидным кистозным образованием пальпируется неизменный яичник. Установление диагноза несколько облегчает эхографическое исследование, при котором наряду с кистозной структурой в области придатков определяется плотное образование — яичник.

Лечение оперативное. После вскрытия брюшной полости, если обнаруживается паровариальная киста на ножке, на нее накладывают зажим, ножку пересекают и лигируют.

Чаще паровариальная киста не имеет ножки. В этих случаях скальпелем на протяжении 2—3 см рассекают передний листок широкой связки. Этот листок тонкий, поэтому разрез надо делать поверхностным, чтобы не вскрыть и стенку кисты. Листки широкой связки по краям разреза приподнимают зажимами и затем

препаровочными ножницами изгибом кверху производят дальнейшее рассечение листка. Пальцами вылушивают кисту. У ее основания надо наложить зажим (там имеются сосуды, питающие кисту). Ткани пересекают и лигируют. Перитонизацию производят путем наложения кисетного шва на широкую связку (рис. 8.12). Широкую связку надо рассекать на расстоянии 2—3 см от маточной трубы, чтобы не поранить ее и не деформировать при наложении кисетного шва.

При повторных чревосечениях у этих больных даже не удастся найти оперированный участок. Благодаря хорошей ретракционной способности маточная труба принимает правильную форму и соответствующую длину.

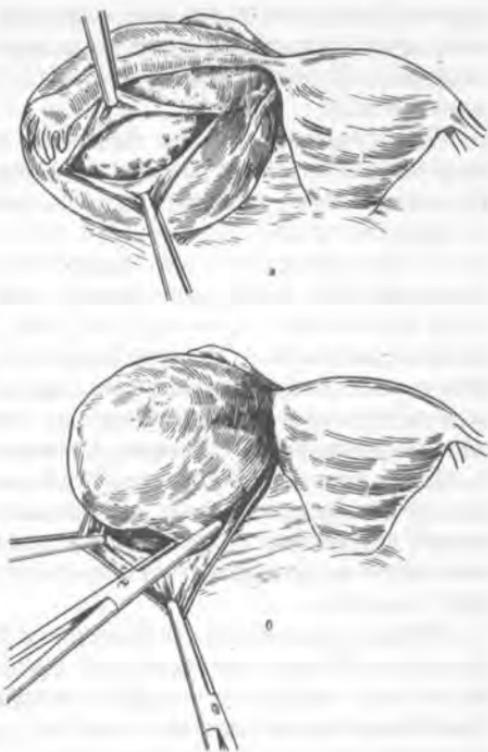


Рис. 8.12. Удаление паровариальной кисты. а — рассечение переднего листка широкой связки; б — зажим на сосуды.

8.3.4. ПОЛИКИСТОЗНЫЕ ЯИЧНИКИ

В настоящее время поликистозным яичникам посвящены обширная литература и большое число различных исследований. Здесь приводятся лишь краткие сведения об этой патологии, этиология и патогенез которой до конца не раскрыты.

Возникновение поликистозных яичников является результатом полигландулярных нарушений с участием центральных (гипоталамус, гипофиз) и периферических (яичники, кора надпочечников) механизмов регуляции гомеостаза. Пусковым механизмом возникновения этой патологии может быть первичное нарушение функций яичников, надпочечников или гипоталамо-гипофизарной системы.

При поликистозных яичниках имеют место утолщение белочной оболочки яичника и множественные кисты атретических фолликулов. Как правило, заболевание возникает в молодом возрасте.

Клинические проявления поликистозных яичников характеризуются двусторонним их увеличением, нарушением менструального цикла по типу первичной олигоменореи или вторичной аменореей, гирсутизмом, бесплодием, ожирением. В редких случаях наблюдаются кровотечения. При исследовании гормональ-

ного статуса выявляются нарушения секреции различных гормонов: гонадотропных, коры надпочечников, стероидных гормонов яичника. У значительного числа больных имеет место гиперпролактинемия.

Из представленных кратких сведений становится ясно, что больные с поликистозными яичниками нуждаются в детальном гормональном обследовании, проводимом гинекологом-эндокринологом.

Я. В. Бохман, В. М. Дильман и др. показали, что у больных с поликистозными яичниками нередко возникают гиперпластические процессы и рак эндометрия. По-видимому, это обусловлено общностью этиологических факторов, которая проявляется тем, что в том и другом случае наблюдаются ановуляция и нарушения жирового и углеводного обмена и т. д. Диагностическое выскабливание эндометрия у этих больных обязательно.

В настоящее время с успехом проводят консервативное лечение склерокистозных яичников различными методами стимуляции овуляции. Показания к операции — клиновидной резекции яичников — возникают в случае отсутствия эффекта консервативной терапии.

После удаления большей части патологически измененного яичника в нем происходят процессы регенерации, нормализуются его морфологическое строение и функция. В результате удаления излишнего количества текасткани нормализуются функции гипофиза и надпочечников.

И. М. Грязнова и Г. М. Савельева добивались такого же успеха, как и после клиновидной резекции яичников, с помощью электроакупунктуры. Электрод вводили через операционный канал лапароскопа и в нескольких местах под контролем зрения «прожигали» яичник на глубину 1,5—2 см. При этом уничтожалась большая часть патологически измененных тканей яичника. Метод особенно ценен тем, что избавляет женщину от чрево-сечения.

8.3.5. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника — внезапно наступившее кровоизлияние, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Среди причин внутрибрюшного кровотечения 0,5—2,5 % приходится на апоплексию яичника.

Беременность, менструации, половое возбуждение вызывают гиперемии органов малого таза. Небольшое кровоизлияние в яичник в процессе разрыва фолликула и образования желтого тела — обычное явление. Как правило, эти кровоизлияния не сопровождаются какими-либо клиническими симптомами.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой разрыв (диаметром до 1 см) может

привести к обильному кровотечению. Разрыв яичника происходит вследствие застойной гиперемии, варикозно-расширенных или склерозированных сосудов, а также склеротических изменений в строме.

Изменения сосудов и ткани яичника являются результатом предшествующего патологического процесса, чаще всего воспаления придатков матки, нередко возникающего вследствие аппендицита. Немаловажная роль принадлежит нарушениям функций нейровегетативной системы, а также эндокринной, из-за чего происходит повышение секреции лютеинизирующего гормона гипофиза.

У большинства больных, оперированных по поводу апоплексии яичника, выявляется ряд патологических состояний: мелкокистозные изменения, хроническое воспаление придатков матки, кисты яичников, миома матки, хронический аппендицит. Провоцирующими моментами для апоплексии яичника могут быть травмы, физическое напряжение, бурное половое сношение, прерванное сношение, внутриматочные спринцевания и т. д. Однако апоплексия может возникнуть и в состоянии полного покоя, даже во сне.

Апоплексия может наступить в различных фазах менструального цикла, реже всего в I фазе, когда фолликулы еще в стадии созревания и бедны сосудами, чаще — в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Самым частым источником кровотечения является желтое тело или его киста. Не исключается возможность разрыва желтого тела во время беременности. Апоплексия наблюдается, как правило, у женщин в возрасте 20—36 лет, чаще в правом яичнике.

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и наличием сопутствующих заболеваний. Апоплексии яичника всегда сопутствуют кровотечение и боли. В зависимости от преобладания одного из этих симптомов условно различают анемическую и болевую формы заболевания. При смешанной форме апоплексии эти симптомы выражены одинаково.

Заболевание начинается остро с внезапных, иногда очень сильных болей внизу живота, локализующихся преимущественно на стороне пораженного яичника. Иногда боли появляются при каком-либо напряжении, но могут возникнуть и в полном покое, даже во сне.

При осмотре больной отмечают напряжение передней брюшной стенки, нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии может определяться жидкость в брюшной полости, при обильных кровотечениях возникают феникус-симптом и явления коллапса (падение артериального давления, частый пульс, слабость, холодный пот). Нередко приступ сопровождается тошнотой или рвотой.

При влагалищном исследовании, как правило, выясняется, что матка не увеличена. Если гематома невелика, то яичник имеет шаровидную форму, мягковатую консистенцию, резко бо-

лезнен при пальпации. При более обширном кровоизлиянии пальпируется образование, похожее на кисту яичника. При значительном кровоизлиянии в брюшную полость и раздражении брюшины пальпация матки и придатков затруднена. Кровотечение из яичника может быть настолько обильным, что приводит к гибели больных.

Анемическую форму заболевания, как правило, принимают за трубную беременность, болевую — за аппендицит. Окончательный диагноз устанавливают во время операции, хотя имеются симптомы, по которым можно дифференцировать эти состояния. Апоплексия наступает внезапно среди полного благополучия, часто в середине менструального цикла.

В отличие от трубной беременности задержки менструации и признаков беременности нет. Наружное кровотечение отсутствует. Биологические реакции на беременность отрицательны. Температура тела нормальная или субфебрильная, нарастания числа лейкоцитов не отмечается. Раздражение брюшины выражено не столь сильно, как при аппендиците.

Тщательно собранный анамнез способствует установлению диагноза. Определение дней менструального цикла, отсутствие указаний на приступы аппендицита позволяют заподозрить апоплексию. Если женщина отрицает половую жизнь, а заболевание напоминает внематочную беременность, то следует подумать также об апоплексии яичника. Во многих случаях уточнение диагноза не имеет большого значения, так как практически важно распознать внутрибрюшное кровотечение.

При апоплексии яичника, если удастся установить диагноз и нет обильного кровотечения в брюшную полость, можно ограничиться консервативными мероприятиями (покой, холод на живот). При значительном кровотечении показана операция — чревосечение, резекция или ушивание яичника. Операцию следует выполнять максимально консервативно. Яичник можно удалять только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем ткани яичника. В случае разрыва желтого тела беременности следует ушить его, не производя резекцию, иначе беременность прервется.

Нередко апоплексия яичника сочетается с трубной беременностью и острым аппендицитом. Апоплексия может быть двусторонней. В связи с этим во время операции обязателен осмотр обоих яичников, маточных труб и аппендикса.

8.3.6. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЯИЧНИКАХ

По классификации ВОЗ, гиперпластические процессы в яичниках отнесены к группе опухолевидных образований. Эту патологию часто трудно дифференцировать от гормонпродуцирующих опухолей яичников.

К гиперпластическим процессам яичников относятся стро-

мальная гиперплазия и текоматоз, который расценивается как вариант стромальной гиперплазии, а также гипертекоз.

Стромальная гиперплазия — это пролиферация стромы яичников, которая может вызывать гиперэстрогению, что в свою очередь приводит к патологическим процессам в других органах с соответствующей симптоматикой.

Стромальная гиперплазия и текоматоз могут возникнуть в любом возрасте, нередко в молодом. Они часто выявляются в сочетании с другой патологией внутренних половых органов: миомой матки, внутренним эндометриозом, злокачественными опухолями матки, феминизирующими опухолями яичников. Весьма вероятно, что сами по себе стромальная гиперплазия и текоматоз, которые, как правило, сопровождаются гиперэстрогенией, являются причинами возникновения этих заболеваний.

Преморбидный фон у больных стромальной гиперплазией отягощен так же, как и у женщин с доброкачественными опухолями яичников. Часто имеют место нарушения менструальной функции: позднее или раннее менархе, болезненные или обильные менструации, нарушения цикла.

Диагностировать гиперпластический процесс в яичниках до и во время операции трудно, так как он часто сочетается с другой патологией половых органов, по поводу чего больных подвергают хирургическому лечению, а отдельным клиническим проявлениям не уделяют должного внимания.

Однако на основании анамнеза, характера менструальной функции (позднее или раннее менархе, болезненные и обильные менструации) и клинических проявлений (ациклические кровотечения) можно предположить наличие стромальной гиперплазии. Результаты гистологического исследования соскоба со слизистой оболочки тела матки (гиперплазия или полипоз эндометрия), цитологии вагинального мазка (высокий или относительно высокий кариопикнотический индекс) также подтверждают это предположение, особенно если не выявляются опухоли матки или придатков.

Диагноз стромальной гиперплазии и текоматоза следует ставить методом исключения. В тех случаях, когда наблюдается картина гиперэстрогении и исключается феминизирующая опухоль, с большой долей вероятности можно думать о наличии стромальной гиперплазии или текоматозе яичников. Стромальной гиперплазии и текоматозу присущи симптомы, сходные с теми, которые отмечаются при феминизирующих опухолях. Более активный процесс имеет место при текоматозе яичников.

Больные стромальной гиперплазией и текоматозом нуждаются в операции. Объем операции зависит от возраста и сопутствующей патологии.

Гипертекоз является редким заболеванием. Как правило, при этой патологии в процесс вовлекаются и другие железы внутренней секреции.

Гипертекоз вызывает симптомы вирилизации: гирсутизм, аме-

норю, бесплодие, прогрессирующее ожирение, гипертензию. Эти клинические проявления могут наблюдаться при ряде патологических состояний: склерокистозных яичниках, маскулинизирующих опухолях, патологии надпочечников, синдроме Иценко—Кушинга, нарушении половой дифференциации и т. д.

Многообразие нозологических форм со сходными клиническими проявлениями усложняет диагностику. Особенно трудно распознать гипертекоз, потому что клиническое течение заболевания, по-видимому, связано с полигландулярной патологией. При исключении указанных патологических состояний можно подозревать гипертекоз яичников.

Точный диагноз гипертекоза может быть поставлен на основании результатов гистологического исследования удаленного препарата.

Молодым женщинам производят клиновидную резекцию или декортикацию яичников, больным в постменопаузе — надвлагалищную ампутацию матки с придатками.

Оперативное вмешательство оказывает некоторое нормализующее действие, однако полного излечения не наступает. По-видимому, это связано с тем, что при частичной резекции яичников не могут быть полностью удалены очаги гиперплазии текаткани.

8.3.7. ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ

Технически операция удаления доброкачественной опухоли яичника может быть простой, но в некоторых случаях ее осложняют многочисленные спайки.

При затруднении выведения опухоли в рану можно использовать два тупфера на корнцанге и, подведя их под опухоль, осторожно вывести ее из брюшной полости. Образование очень больших размеров можно уменьшить, пунктируя его троакаром, соединенным с электроотсосом (рис. 8.13). Предварительно надо наложить кисетный шов, чтобы натянуть его после удаления троакара. Место пункции до введения троакара обкладывают марлевыми салфетками. Для извлечения опухолевых образований из брюшной полости можно пользоваться специальным вакуум-экстрактором. Его прикладывают к поверхности опухоли и, потягивая за него, выводят опухоль в рану.

Опухоль яичника после удаления необходимо вскрыть в операционной, чтобы осмотреть внутреннюю поверхность капсулы, так как в некоторых случаях на внутренней поверхности капсулы гладкостенных подвижных опухолей имеются сосочковые разрастания. По возможности надо производить срочное гистологическое исследование препарата. Наличие хрупких, легко кровоточащих сосочков подозрительно на злокачественное новообразование.

Удаление придатков матки. После выведения опухоли в рану накладывают зажимы на воронко-тазовую связку. Пе-



Рис. 8.13. Эвакуация содержимого опухоли электроваксосом для уменьшения ее размеров.

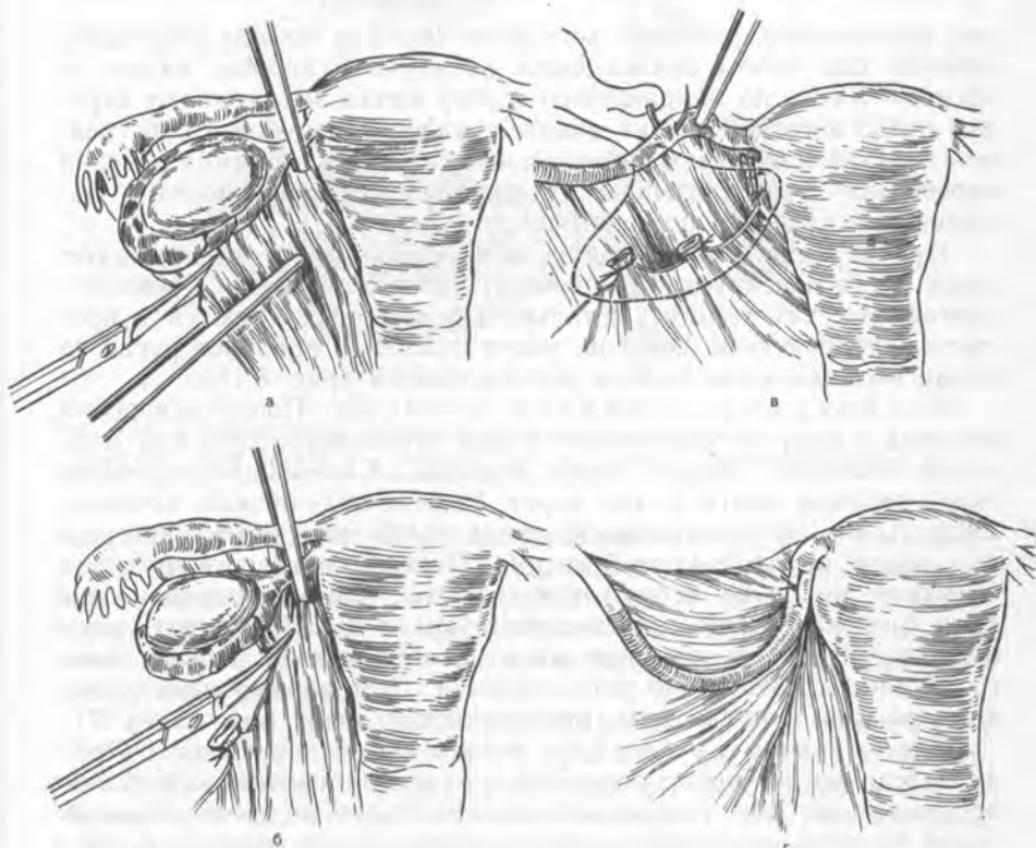


Рис. 8.14. Удаление придатков матки.

а — клеммирование и пересечение маточной трубы, собственной связки яичника, подвешивающей связки яичника; б — продолжение рассечения связок; в — придатки удалены. Начало перитонизации за счет круглой связки и листков широкой связки; г — перитонизация закончена.

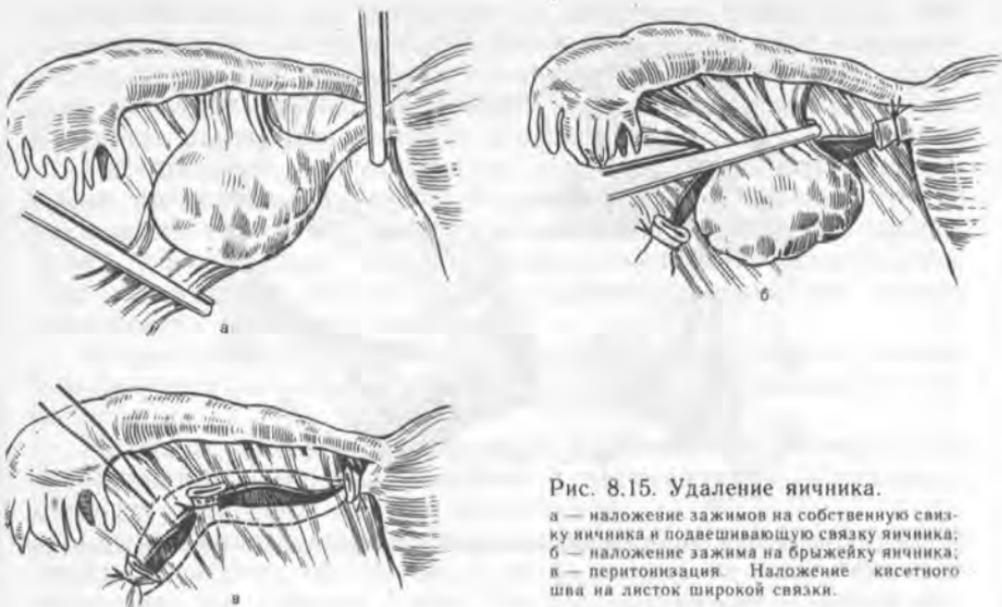


Рис. 8.15. Удаление яичника.

а — наложение зажимов на собственную связку яичника и подвешивающую связку яичника; б — наложение зажима на брыжейку яичника; в — перитонизация. Наложение кистетного шва на листок широкой связки.

ред наложением зажимов маточная труба и яичник приподнимаются так, чтобы связка была натянута и хорошо видна на просвет. Затем по направлению к углу матки захватывают верхний отдел широкой связки вместе с маточной трубой и собственной связкой яичника (работает нижняя треть зажима). Связки пересекают и перевязывают. Перитонизацию производят с помощью круглой или широкой связок (рис. 8.14).

При перекруте ножки опухоли яичника зажим накладывают ниже места перекрута. Раскручивать ножку опухоли не рекомендуется, так как тромбы, которые, как правило, имеются в просвете перекрученных сосудов, могут попасть в кровяное русло со всеми вытекающими отсюда последствиями (рис. 8.15).

Клиновидная резекция яичника. После выведения яичника в рану он удерживается или рукой оператора, или марлевой полоской вокруг ворот яичника. Клиновидно иссекают ткань яичника почти до его ворот. Удаляют $\frac{2}{3}$ объема яичника. Целость его восстанавливают путем наложения тонких кетгутowych швов круглой крутой иглой. Первый вкол производят с захватом дна раны, второй поверхностью; при завязывании шва края яичника хорошо сопоставляют (рис. 8.16). Завязывать нити надо после наложения всех швов. Если завязать первые швы, то трудно захватить дно раны яичника. Для формирования яичника можно использовать биологический клей (см. главу 7).

Вылущение опухоли или кисты яичника. После выведения яичника с опухолью в рану марлевыми салфетками отгораживают его от брюшной полости. Затем по краю здоровой ткани яичника скальпелем делают разрез (полулунный или циркулярный) таким образом, чтобы не ранить капсулу опухоли. Края разреза берут на зажимы Пеана. Острым и тупым путем

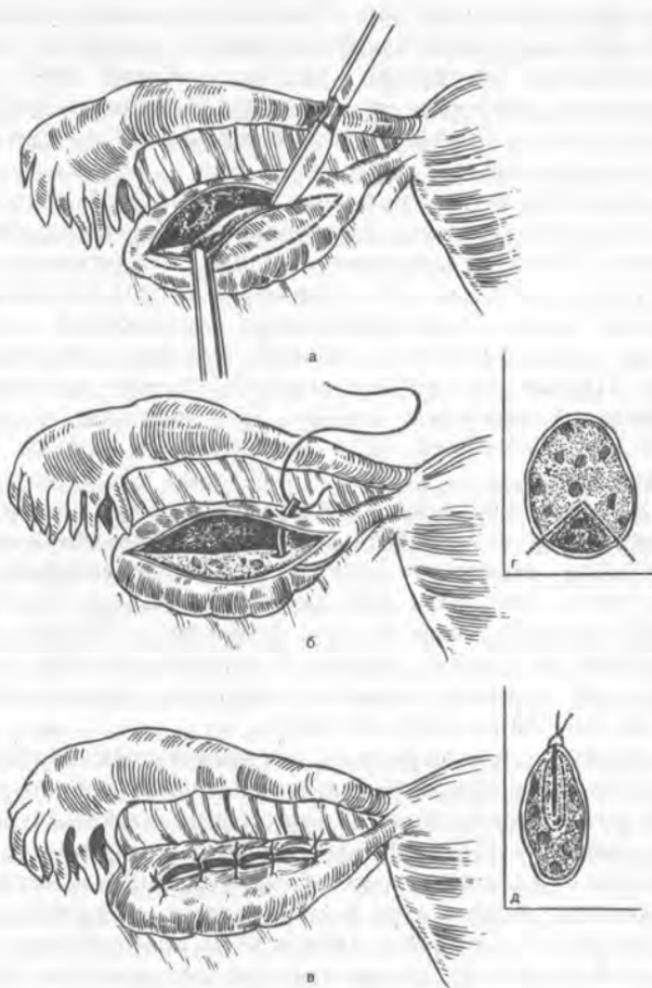


Рис. 8.16. Клиновидная резекция склерокистозных яичников.

а — иссечение ткани яичника; б — наложение швов на яичник; в — яичник восстановлен; г, д — иссечение $\frac{2}{3}$ ткани яичников и наложение швов (схема).

вылущивают опухоль. Швы накладывают так же, как при резекции яичника, или сначала накладывают погружные, а вторым рядом швов формируют яичник. Часто после операции он имеет форму сигары. Очень важно оставить неизмененную ткань яичника, даже если имеется только небольшой участок коркового слоя у ворот яичника.

Удаление интралигментарно расположенной опухоли. Основная опасность заключается в том, чтобы не ранить мочеточник. В норме он располагается по заднему листку широкой связки, но при росте опухоли может быть смещен вбок и даже кпереди от опухоли. Во время удаления опухоли каждый плотный тяж следует осмотреть, чтобы исключить ранение мочеточника. После удаления опухоли обязательно найти моче-

точный и проследить его ход. Мочеточник имеет следующие особенности. При ощупывании его двумя пальцами и соскальзывании их возникает ощущение «щелчка». Кроме того, при легком поколачивании тупфером мочеточник начинает сокращаться и появляются червеобразные движения его. Следовательно, его ранения не произошло.

Для удаления опухоли рассекают передний листок широкой связки (только брюшину!). При необходимости пересекают круглую связку. Затем отслаивают брюшину от опухоли и вылушивают ее тупым и острым путем с теми предосторожностями, о которых сказано выше. Опухоль остается соединенной с собственной связкой и подвешивающей связкой яичника. Их пересекают и лигируют. Производят перитонизацию за счет листков широкой связки (можно кисетным швом). При наличии «пустого» пространства в параметрии надо наложить несколько погружных кетгутовых швов.

Удаление псевдоинтралигаментарно расположенной опухоли. При наличии обширного спаечного процесса возникает псевдоинтралигаментарное расположение опухоли, при этом оба листка брюшины широкой связки окружают опухоль вместе со спайками. После разделения спаек острым и тупым путем и восстановления нормальных анатомических взаимоотношений операцию выполняют в зависимости от анатомической ситуации.

При наличии папиллярных эвертирующих кистом яичника показано удаление придатков матки пораженной стороны.

После разделения спаек и наложения зажимов на воронко-тазовую связку, собственную связку яичника и маточную трубу опухоль удаляется. Если при срочном гистологическом исследовании не выявляется злокачественный процесс, то операцию заканчивают. Сосочки, имеющиеся на брюшине при доброкачественной папиллярной кистоме, рассасываются. При наличии двусторонних эвертирующих папиллярных кистом показано удаление придатков матки. Если у молодой женщины есть неизменная ткань яичника, то надо попытаться сохранить ее.

8.4. ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В литературе имеется немало работ, касающихся опухолей яичников у детей и подростков. Все авторы согласны с тем, что такие опухоли встречаются относительно редко. Согласно данным ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР, опухоли наблюдаются примерно у 4 % больных в возрасте до 18 лет.

Данные о характере и клиническом течении опухолей у детей и подростков имеют противоречивый характер и зависят от контингента больных, госпитализируемых в стационар. У девочек

и подростков могут возникнуть опухоли различного строения, практически любая из перечисленных в Международной классификации.

Герминогенные опухоли нередко обнаруживаются до полового созревания, но могут возникать и в начале его. По морфологическому строению среди опухолей, присущих молодому возрасту, различают доброкачественные (зрелые тератома — дермоидные кисты) и злокачественные (тератобластомы). Среди опухолей стромы полового тяжа нередко дисгерминомы.

Заболевания, по поводу которых операции производят детям и подросткам, значительно отличаются от таковых у взрослых. Большинство девочек оперируют в связи с наличием опухолей и опухолевидных образований придатков матки, тогда как взрослых женщин — чаще всего по поводу опухолей матки, например миомы.

Чаще встречаются доброкачественные опухоли, которые обычно выявляются в период полового созревания. Однако немало девочек со злокачественными опухолями яичников поступает в онкологические стационары. Следует помнить, что у девочки может возникнуть и злокачественная опухоль.

Возникновение эпителиальной злокачественной опухоли является казуистикой. Некоторые авторы полагают, что в последние годы частота злокачественных опухолей половых органов у девочек и девушек увеличилась.

Доброкачественные опухоли характеризуются быстрым ростом. Нередко опухоли и опухолевидные образования придатков матки сочетаются с аппендицитом. В отсутствие осложнений (перекрут ножки опухоли, нагноение) доброкачественные опухоли яичников у детей имеют более легкое течение, чем у взрослых. Боли, как правило, появляются при значительных размерах овариального образования. Спаечный процесс в малом тазе у детей наблюдается крайне редко. Кисты яичников у девочек и девушек встречаются реже, чем у взрослых. Возможно, фолликулярные кисты небольших размеров остаются нераспознанными.

В связи с особенностями анатомического строения (длинная ножка) перекрут ножки опухоли яичника чаще всего происходит при наличии дермоидной кисты. Поскольку указанная опухоль имеет тератогенное происхождение, она может проявиться в любом возрасте. Описаны случаи перекрута ножки опухоли у девочек 4 и 5 лет, причем опухоли были уже значительных размеров. При этом возникают симптомы острого живота.

Принцип, который обязателен при лечении женщины с опухолью яичника — незамедлительная операция, в полной мере применим и к детям.

Гормонпродуцирующие опухоли редко наблюдаются у детей и подростков. Чаще других возникают гранулезоклеточные опухоли, реже текомы.

Феминизирующие опухоли яичников у девочек, как правило, характеризуются яркими клиническими проявлениями, которые

обусловлены тем, что опухоль в большом количестве продуцирует эстрогенные гормоны. У девочек возникают признаки преждевременного полового созревания: увеличиваются молочные железы, появляются вторичные половые признаки — рост волос на лобке, увеличение клитора и половых губ, маточные кровотечения, которым предшествуют менструальноподобные выделения.

В пубертатном возрасте феминизирующие опухоли сопровождаются беспорядочными кровянистыми выделениями из половых путей — проявление нарушения гормональной регуляции менструальной функции в период полового созревания. Консервативная терапия при наличии опухоли не дает эффекта, и это может служить дифференциально-диагностическим признаком. Если кровотечение не останавливается, а нарушения гемостаза отсутствуют, то нельзя исключить феминизирующую опухоль яичника.

Омужествляющие опухоли яичников у детей и подростков являются казуистикой. В литературе имеются сообщения лишь о единичных случаях.

Если возникают симптомы вирилизации, то можно заподозрить наличие маскулинизирующей опухоли. Чрезвычайно редко происходит задержка полового развития как симптом развития маскулинизирующей опухоли. Дифференциальная диагностика в этих случаях трудна. Девочки нуждаются в обследовании в специализированном стационаре.

Опухоли наружных половых органов, влагалища и матки встречаются в детском и юношеском возрасте редко (8 % по отношению ко всем опухолям и опухолевидным образованиям придатков матки). Как правило, это злокачественные новообразования: саркома влагалища, шейки или тела матки.

При развитии злокачественного новообразования из половых путей появляются кровянистые выделения с неприятным запахом, которые являются ведущим симптомом заболевания. Позднее к ним присоединяются боли различной интенсивности. В случае появления кровянистых выделений из влагалища у девочек раннего возраста родители достаточно быстро обращаются к врачу. Девочки более старшего возраста (после наступления менархе) обычно длительное время не обращаются за медицинской помощью, и это нередко приводит к тому, что заболевание диагностируется в запущенной стадии. При наличии ювенильных кровотечений исключение органических опухолевых поражений внутренних половых органов обязательно.

Следует помнить, что если образование исходит из яичника, то это скорее всего опухоль, а не киста. Если же опухоль возникает в области наружных половых органов, влагалища или тела матки, то надо предполагать злокачественное новообразование.

Диагностика опухолей и опухолевидных образований матки и придатков у девочек часто представляет значительные трудности.

ти. В большой мере это объясняется недостаточным знакомством врачей с опухолями гениталий у детей и подростков.

Нередко диагноз ставится несвоевременно потому, что врач забывает о возможности возникновения опухоли у девочек или девушки. Жалобы ребенка на боли внизу живота и изменение поведения должны заставить педиатра проконсультировать ребенка с гинекологом. Опухоль, как правило, легко пальпируется через брюшные покровы. Диагноз подтверждается во время ректального исследования. У девочки матка и придатки располагаются относительно высоко и лишь к концу полового созревания опускаются в малый таз и занимают такое же положение, как и у взрослых.

Ограниченные размеры малого таза не позволяют опухолям располагаться в его полости даже при сравнительно небольших овариальных образованиях. Эти же анатомические особенности обуславливают отсутствие симптомов сдавления мочевого пузыря и прямой кишки. Для уточнения диагноза желательнее провести ультразвуковое исследование или рентгенологическое исследование малого таза в условиях пневмоперитонеума (если ультразвуковое исследование невозможно).

Нередко при опухоли яичника ставят ошибочный диагноз беременности и девочка по вине врача попадает в тяжелую моральную ситуацию. При подозрении на беременность, прежде чем поставить об этом в известность родителей и педагогов, необходимо подтвердить предположение (консультация гинеколога, ультразвуковое исследование, определение хорионического гонадотропина).

Дифференцировать опухоли и опухолевидные образования придатков матки у девочек приходится прежде всего от аппендицита, особенно при перекруте ножки опухоли. Ректальное исследование помогает уточнить диагноз. Сочетание опухоли яичника и аппендицита — нередкое явление. Желателен совместный осмотр больной педиатром, гинекологом и хирургом. Симулировать новообразование яичника могут дистопированная почка или ее опухоль, а также переполненный мочевой пузырь. Во избежание подобных ошибок ректальное исследование необходимо производить при опорожненном мочевом пузыре. При подозрении на патологию почки показана внутривенная пиелография.

Для уточнения диагноза опухолей и опухолевидных образований половых органов у девочек рекомендуются дополнительные исследования: вагиноскопия, эндоскопия, ультразвуковое исследование, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума.

Хирургическое лечение детей и подростков по поводу опухолей половых органов должно быть максимально консервативным (частичная резекция яичника или вылушивание опухоли). Удалять полностью придатки матки приходится при перекруте ножки опухоли, когда ткань яичника настолько изменена, что оставлять ее нельзя.

Особое значение имеет срочное гистологическое исследование удаленного препарата, так как от его результатов во многом зависит объем оперативного вмешательства. Если в климактерическом периоде или постменопаузе вопрос о расширении вмешательства нередко решается на основании визуального осмотра пораженного органа, то у детей проведение радикальной операции должно быть обосновано гистологически подтвержденной злокачественностью новообразования.

Девочек и девушек необходимо направлять в специализированные стационары, где есть возможность применить дополнительные методы исследования и где работают высококвалифицированные специалисты.

Осмотр червеобразного отростка во время операции обязателен, так как у большого числа девочек приходится одновременно производить аппендэктомию из-за хронического воспаления аппендикса. В равной степени необходим осмотр придатков во время аппендэктомии, так как бывают случаи удаления аппендикса и оставления овариального образования с перекрутом его ножки.

Глава 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

9.1. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Пластические операции на шейке матки производят при наличии разрывов и деформаций, возникающих, как правило, после травмы, происходящей во время родов или абортов. Деформации шейки матки могут носить разнообразный характер и обуславливать ряд патологических состояний, которые нельзя ликвидировать без восстановления анатомически правильных взаимоотношений слоев шейки матки.

Операции позволяют восстановить не только эктоцервикс, но и правильную веретенообразную форму канала шейки матки, что имеет большое значение для восстановления его нормального содержимого и репродуктивной функции.

9.1.1. УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Необходимым условием является отсутствие воспалительного процесса половых органов.

При наличии эндоцервицита и кольпита проводят предварительную санацию путем спринцеваний дезинфицирующими рас-

творами. Перед операцией чистота влагалища должна быть I—II степени.

Для проведения любой операции на шейке матки больную укладывают на гинекологическое кресло. Шейку матки обнажают в зеркалах, влагалище и шейку матки обрабатывают йодонатом и этиловым спиртом, шейку матки берут на пулевые щипцы и низводят к области входа во влагалище. Длинные зеркала заменяют короткими широкими, поскольку они не дают возможности достаточно свободно низвести шейку матки. Достаточно одного короткого широкого зеркала, введенного со стороны промежности. С боковых сторон вводят подъемники, которые ассистенты разводят в стороны и таким образом дают оператору возможность работать свободно. При необходимости вводят также подъемник со стороны лона. После того как шейка матки оказывается доступной, приступают к операции.

После операции на шейке матки больная может встать на 2-й день, а на 3—4-й день ее можно выписать. Осмотр в зеркалах перед выпиской не производят. Контрольный осмотр назначают через 4—6 нед. Женщину следует предупредить, что до контрольного осмотра половую жизнь вести нельзя. В случае появления кровянистых выделений показано немедленное обращение в тот стационар, где проводилась операция.

9.1.2. ОПЕРАЦИЯ ЭММЕТА

Это наиболее распространенная операция при наличии старых боковых разрывов шейки матки. Техника операции заключается в следующем. Шейку матки обнажают в зеркалах. Переднюю и заднюю ее губы берут на пулевые щипцы. Производят разрез по краю слизистой оболочки цервикального канала. Разрез должен быть глубиной до 1 см, при необходимости с иссечением рубцовой ткани. После этого накладывают швы таким образом, что первый ряд формирует канал шейки матки, а второй располагается на шейке матки со стороны влагалища (рис. 9.1).

При двустороннем разрыве операцию производят с обеих сторон.

9.1.3. АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Как правило, операцию выполняют при элонгации шейки матки, ее рубцовых изменениях или гипертрофии.

Шейку матки берут на пулевые щипцы и низводят до входа во влагалище. Канал шейки матки расширяют с помощью расширителей Гегара до № 8—10. Затем делают круговой разрез на границе перехода слизистой оболочки шейки матки в слизистую влагалища. Тупым и острым путем стенки влагалища отсепаровывают сверху на протяжении 1—1,5 см. На ветви маточной артерии, проходящие по боковым стенкам шейки матки, с обеих сторон накладывают зажимы. Ветви пересекают и лигируют. За-

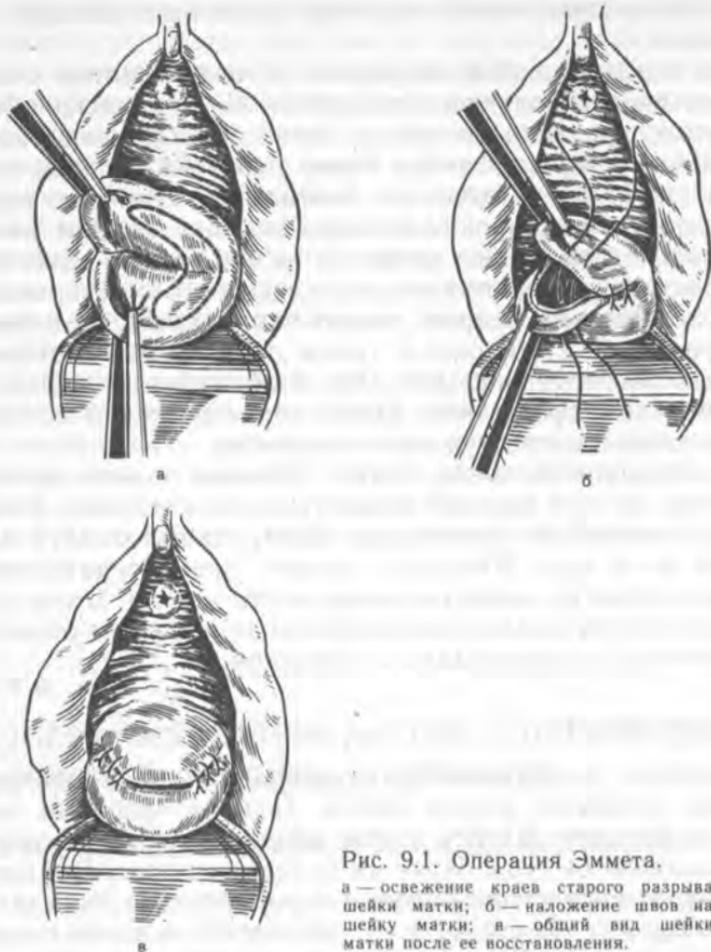


Рис. 9.1. Операция Эммета.

а — освежение краев старого разрыва шейки матки; б — наложение швов на шейку матки; в — общий вид шейки матки после ее восстановления.

тем отсекают переднюю и заднюю губы шейки матки. Чтобы облегчить проведение операции, можно рассечь шейку матки по боковым ее сторонам до уровня намеченного разреза. Затем накладывают швы таким образом, что нить проводят через стенку влагалища, а затем через слизистую оболочку канала шейки матки. При необходимости на боковые стенки шейки матки накладывают дополнительные швы.

9.1.4. ДИАТЕРМОКОНИЗАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Диатермоконизацию производят по тем же показаниям, что и конусовидную ампутацию шейки матки. Вместо ножа используют электрод-конизатор или ланцетовидный электрод. С помощью электродов выполняют конусовидную ампутацию шейки матки. Кровоточащие участки коагулируют пуговчатым электродом. Швы не накладывают. Заживление происходит под стру-

пом, после чего он отторгается. Полная эпителизация происходит через 5—6 нед.

Начиная с 6—7-го дня после диатермоконизации, для скорейшего отторжения струпа можно вводить тампон с жировыми эмульсиями.

При работе с диатермоконизатором следует соблюдать осторожность, чтобы не допустить ожога окружающих тканей.

9.1.5. КЛИНОВИДНАЯ АМПУТАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ (ОПЕРАЦИЯ ШРЕДЕРА)

Больную укладывают в положение для влагалищной операции. После соответствующей обработки шейку матки обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы и низводят шейку до входа во влагалище. Перед низведением шейки длинное заднее зеркало заменяют коротким, так как длинное отодвигает шейку матки вглубь влагалища, что мешает манипуляциям хирурга. Боковые стенки влагалища также лучше защитить подъемниками.

Измеряют длину полости матки по зонду и намечают часть шейки матки, которую следует удалить. Затем скальпелем симметрично рассекают поперек влагалищную часть шейки матки. Разрез проводят из шеечного канала в обе стороны снаружки до боковых сводов. Влагалищная часть шейки матки оказывается разделенной на две части. Переднюю половину шейки клиновидно отсекают с таким расчетом, чтобы разрез слизистой оболочки шеечного канала проходил на 1,5—2 мм глубже, чем наружная часть клина, и несколько отсепаровывают слизистую оболочку влагалища сверху. Благодаря этому легко формируется наружный зев и в дальнейшем не образуется эктропион.

После клиновидного сечения передней губы шейки матки с помощью трех отдельных кетгутовых швов ткань шейки матки подшивают к области внутреннего зева. Первый шов накладывают по средней линии, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки влагалищного свода и выкалывая через слизистую шеечного канала. Шов не завязывают, а берут на зажим. Пользуясь этим швом как держалкой, накладывают по бокам от него два шва несколько радиально, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки свода влагалища.

Затем клиновидно отсекают заднюю губу. Кровотечение останавливают. Швы накладывают так же, как на переднюю губу шейки матки, вводя иглу со стороны канала шейки матки и выкалывая ее в области заднего свода. Наложив все швы, их завязывают и берут на зажим. Затем зашивают боковые участки разреза. На наружный угол раны накладывают зажим Кохера и, растянув рану с помощью этого зажима и центральных швов, накладывают и завязывают боковые швы с одной и другой сто-

роны. При необходимости накладывают добавочный шов или лигируют кровотокающий сосуд.

Лигатуры отрезают, выпускают мочу по катетеру, осушают влагалище марлевым тупфером.

9.1.6. ВЫСОКАЯ АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

После соответствующей подготовки шейку матки обнажают в зеркалах и производят зондирование матки. Затем шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Для того чтобы удобно было накладывать швы, канал шейки матки расширяют с помощью расширителей Гегара до № 10. Производят круговой разрез стенки влагалища на уровне перехода влагалищных сводов на шейку матки.

Мочевой пузырь отслаивают от шейки матки. Перпендику-

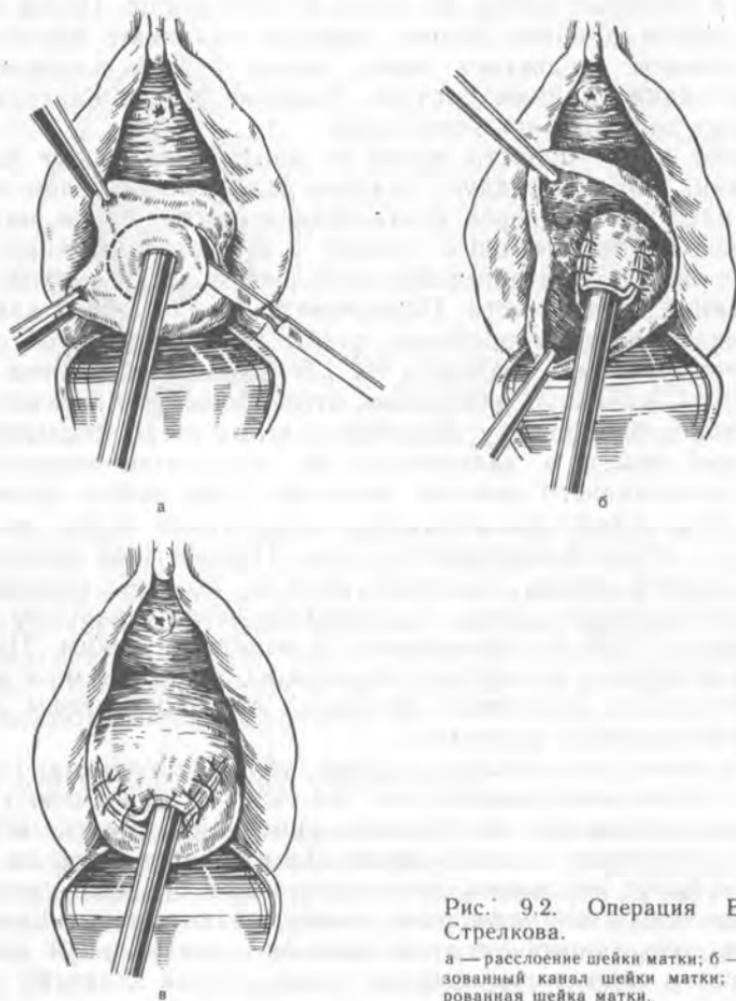


Рис. 9.2. Операция Ельцова — Стрелкова.

а — расщепление шейки матки; б — вновь образованный канал шейки матки; в — сформированная шейка матки.

лярно левому ребру шейки матки накладывают зажим, которым захватывают клетчатку и обнаженную нисходящую веточку маточной артерии вместе с той же веной. Клетчатку вместе с кровеносными сосудами рассекают и лигируют кетгутом путем обкалывания. Те же манипуляции выполняют справа. Сбоку и несколько сзади пересекают между зажимами и лигируют часть удлиненных крестцово-маточных связок.

Шейку матки рассекают в обе стороны до намеченного уровня ампутации. Затем отсекают переднюю губу скальпелем, проводя разрез со стороны канала шейки матки косо и кнаружи по направлению к переднему своду. Наружный край передней губы несколько нависает над каналом шейки матки. Затем сзади отсепаровывают стенку влагалища от шейки матки на протяжении 1,5—2 см. Заднюю губу шейки матки отсекают от шеечного канала также косо, чтобы обеспечить возможность хорошего соединения стенки влагалища с тканями шейки матки.

Швы накладывают так же, как и на переднюю половину шейки, затем зашивают боковые части разреза таким же образом, как и при клиновидной ампутации шейки матки. Проверяют тщательность гемостаза и проходимость канала шейки матки зондом. Выпускают мочу по катетеру.

9.1.7. КОНУСОВИДНАЯ АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ШТУРМДОРФУ

Пулевыми щипцами шейку матки низводят до входа во влагалище. Скальпелем делают круговой разрез слизистой оболочки влагалища на 1 см выше границы пораженного участка. Остроконечным скальпелем иссекают в виде конуса по направлению к внутреннему зеву и удаляют часть пораженной шейки, слизистую оболочку шейки матки, мышечную ткань и значительную часть канала шейки матки.

Слизистую оболочку влагалищной части шейки матки отсепаровывают от мышечной ткани скальпелем на протяжении 1,5—2 см или больше, чтобы ее край можно было натянуть и соединить с краем слизистой оболочки шеечного канала.

Первый шов проводят через передний край разреза влагалищной части шейки матки, отступя от него 1 см. Оба конца нити продевают в отдельные иглы, которые выкалывают из шеечного канала через толщу мышечной стенки в образовавшейся воронке наружу и через слизистую оболочку влагалищной части, отступя 2—2,5 см от края ее разреза. При необходимости мочевой пузырь отсепаровывают сверху на нужное расстояние. При завязывании шва отсепарованная слизистая оболочка влагалища должна покрыть раневую поверхность и спереди и сзади.

Преимущество конусовидной ампутации шейки матки заключается в том, что вместе с частью шейки удаляется почти вся слизистая оболочка шеечного канала. После операции шейка матки имеет правильную форму.

9.1.8. СКАРИФИКАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

При наличии яйцевидных кисточек на шейке матки (наботовы кисты) рекомендуется прокалывать их острым скальпелем или толстой иглой. При этом кисты опорожняются и шейка матки принимает нормальную форму.

9.1.9. ОПЕРАЦИЯ ЕЛЬЦОВА — СТРЕЛКОВА

Шейку матки обнажают при помощи зеркал, фиксируют ее за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами и низводят.

Острым путем производят расслоение шейки матки от границы наружного зева до верхнего края рубца параллельно продольной оси (наружный и внутренний лоскут). Лоскуты отсепа- ровывают таким образом, чтобы толщина слизистой оболочки канала шейки матки вместе с мышечным слоем составляла не менее 5—6 мм (более тонкий слой может некротизироваться из-за нарушения питания). Ближе к внутреннему зеву расслоение тканей нужно производить очень осторожно, так как на уровне его располагаются веточки артерий, питающих шейку матки. Затем иссекают рубцово-измененные ткани (рис. 9.2).

Внутренний лоскут, т. е. лоскут слизистой оболочки канала шейки матки с мышечным слоем, соединяют отдельными кетгутowymi швами таким образом, чтобы узлы были погружены в просвет канала (при двустороннем разрыве зашивают сначала одну, а затем другую сторону). Далее маточным зондом проверяют проходимость вновь образованного канала шейки матки. Просвет канала приобретает грушевидную форму. Диаметр его 3—4 мм.

Слизистую оболочку вновь образованного канала шейки матки отдельными кетгутowymi швами, располагающимися радиально, соединяют с наружным лоскутом, т. е. со слизистой оболочкой влагалищной части шейки матки, в результате чего наружный зев шейки матки становится округлым (диаметр 2—3 мм). Затем накладывают отдельные кетгутковые швы на боковые края раны слизисто-мышечного лоскута влагалищной части шейки матки. Шейка матки приобретает коническую форму с округлым наружным зевом.

9.1.10. ОПЕРАЦИЯ ЕЛЬЦОВА — СТРЕЛКОВА ПРИ ЗАРАЩЕНИИ КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ

Для предупреждения рецидива атрезии канала шейки матки автор предложил использовать аллопластический каркас.

Перед операцией подготавливают трубчатый каркас из айволонa (капрона). Из айволонa вырезают полоску шириной 30 мм и толщиной 1 мм, которую наматывают на расширитель Гегара № 5 или 6 на протяжении 8—10 см. Витки полоски должны за-

ходить один на другой на 5—10 мм. Полоску закрепляют марлей, намотанной на айволон в один ряд на всем протяжении. Затем расширитель с намотанным на него айволоном опускают в кипящую воду на 20—30 мин, где он и «сваривается», превращаясь в трубку. После извлечения из воды айволон снимают с расширителя, трубку обрезают до длины 6—7 см. Внутренний диаметр трубки 5—6 мм, толщина стенки 1,5—2 мм. Стерильную трубку надевают на расширитель несколько меньшего диаметра.

После восстановления проходимость шеечного канала его расширяют, пользуясь расширителями Гегара до № 10. В канал вводят трубку-каркас, надетую на металлический расширитель или маточный зонд, который затем извлекают, оставляя трубку-каркас в канале шейки. Конец трубки должен выступать на 1—1,5 см в полость матки, а другой — из наружного зева. Выступающую из наружного зева матки часть трубки рассекают двумя боковыми разрезами и отрезки рассеченной трубки отдельными капроновыми швами фиксируют к передней и задней губе шейки матки. Каркас извлекают через 4 нед.

Есть и другие методы профилактики зарращения канала шейки матки с использованием аллопластических протезов.

9.1.11. ОПЕРАЦИИ ЗАКРЫТИЯ ШЕЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Шеечно-влагалищные свищи возникают чаще всего при абортах, когда изгнание плода происходит через разрыв в задней стенке шейки матки. Они создают условия для возникновения различных патологических процессов на шейке матки.

Принцип ушивания шеечно-влагалищных свищей заключается в расщеплении краев свища и послойном соединении тканей (модификация Вачнадзе). При больших размерах свища более целесообразно накладывать швы в поперечном направлении. Это не создает натяжения, и ткани лучше заживают.

Техника операции в модификации Вачнадзе. Шейку матки обнажают в зеркалах. Край свища берут тонкими зажимами и острым скальпелем расщепляют ткани таким образом, чтобы внутренний мышечный лоскут был не тоньше 5—6 мм. Перед началом расщепления свища расширяют канал шейки матки, пользуясь расширителями Гегара до № 7.

После того, как создалась достаточная подвижность тканей, на мышечный слой накладывают узловые кетгутовые швы, не прокалывая слизистую оболочку канала шейки матки. При завязывании каждого шва слизистую оболочку вворачивают внутрь канала. Второй ряд швов накладывают на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки.

При обширных свищах, расположенных вблизи заднего свода, И. К. Вачнадзе применяет лоскутный метод операции: после расщепления рубца и выделения мышечного слоя на последний накладывают швы в продольном направлении по отношению к оси шейки матки, а над ним создают второй ряд швов за счет

мобилизованной слизистой оболочки заднего свода влагалища.

Наиболее благоприятный исход бывает в тех случаях, когда швы можно наложить в поперечном направлении. При этом удается избежать нежелательного натяжения тканей и редко наблюдается сужение канала шейки матки.

В послеоперационном периоде в канал шейки матки вводят на 7 дней тонкую поливиниловую трубку для постоянного дренирования.

Техника операции по Ельцову-Стрелкову. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами за переднюю губу, максимально низводят ко входу во влагалище и отводят к лону. Шеечный канал между свищом и наружным маточным зевом расширяют дилаторами Гегара до № 8 или 9. Затем перемычку рассекают скальпелем или ножницами по средней линии. С помощью скальпеля осторожно расслаивают шейку матки от наружного зева до верхнего края свищевого отверстия. Внутренний слой тканей шейки при этом состоит из слизистой шеечного канала и части мышечной оболочки. Продолжают расслоение тканей шейки на 1—2 см выше верхнего края свища, но не заходя выше внутреннего зева матки.

Отсепарованный лоскут из внутренних слоев тканей шейки матки должен быть толщиной не менее 6 мм; более тонкий может подвергнуться некрозу.

На расширителе Гегара с помощью отдельных кетгутовых швов, не прокалывая слизистую оболочку шеечного канала, формируют из отсепарованного лоскута канал шейки матки. Затем на вновь образованную часть шейки матки, окружающую канал, накладывают капроновую сетку и фиксируют к подлежащим тканям отдельными капроновыми швами.

У наружного зева слизистую оболочку вновь образованного канала соединяют со слизистой оболочкой влагалищной части шейки матки отдельными кетгутовыми швами, расположенными радиально. Края раны задней поверхности шейки матки соединяют отдельными кетгутовыми швами. Капроновая сетка, полностью изолированная от внешней среды, прочно удерживает швы внутреннего слоя, принимая на себя эластическое противодействие, препятствует натяжению швов и расхождению краев ран внутреннего зева. При свищах больших размеров во время формирования канала шейки матки из-за дефекта тканей накладывают дополнительные поперечные швы. В случае резкого сужения шеечного канала с целью дренирования полости матки применяют хлорвиниловую трубку.

9.2. КИСТА ГАРТНЕРОВА ХОДА

Это кистозное образование, как правило, располагается на боковой стенке влагалища. Имеет эмбриональное происхождение и развивается из остатков продольного прохода придатка яичника (гартнерова хода). Как правило, киста не достигает больших

размеров, имеет диаметр 3—4 см, иногда туго-, иногда мягкоэластическую консистенцию. В редких случаях она располагается на передней стенке влагалища непосредственно под уретрой.

Небольшие кисты гартнерова хода протекают бессимптомно и не вызывают жалоб. В этих случаях больная нуждается только в наблюдении. При увеличении кисты показано оперативное удаление ее. В редких случаях кисту приходится дифференцировать от саркомы влагалища, а при расположении ее под уретрой — от дивертикула уретры.

Техника операции. Влагалище обнажают в зеркалах. В наиболее выпуклой части кисты делают надрез стенки влагалища, а затем тупым и острым путем вылушивают кисту. Производят гемостаз. На стенку влагалища накладываются узловыи кетгутовые швы. При расположении кисты под уретрой надо следить за тем, чтобы не ранить ее. После вылушивания кисты необходимо проверить целостность задней стенки уретры.

9.3. КИСТА БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА

Киста большой железы преддверия влагалища образуется вследствие закупорки ее выводного протока. Чаще всего она располагается в нижней трети большой половой губы. Как правило, не достигает больших размеров, имеет диаметр 2—3 см. При таких размерах киста, которая нередко имеет эластическую консистенцию, не беспокоит женщину.

Частым осложнением кисты большой железы преддверия влагалища является нагноение. В этих случаях появляются симптомы острого воспаления (боли, отек, гиперемия, инфильтрация тканей вокруг воспаленной железы), повышается температура тела. Показаны вскрытие и дренирование абсцесса, а после стихания воспаления вылушивание железы.

Вылушивание железы производят следующим образом. Над наибольшей выпуклостью делают разрез кожи на протяжении 2—3 см. Затем тупым и острым путем железу вылушивают и удаляют. Производят гемостаз, накладывают сначала погружные швы, а затем тонкие кетгутовые на кожу. Область шва желательнo обработать инфузолом или даже смазать клеолом. В некоторых случаях заболевание приобретает рецидивирующий характер. После вскрытия абсцесса железы воспаление стихает и она перестает пальпироваться. В этих случаях мы производим поперечный разрез кожи большой половой губы в области расположения железы. При этом капсула ее становится видна и ее можно вылушить. Можно ввести в спавшуюся полость изотонический раствор хлорида натрия, и тогда границы ее становятся более отчетливыми, что облегчает проведение операции.

9.4. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Доброкачественные опухоли вульвы встречаются редко. Они могут появиться в любом возрасте.

9.4.1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ

Фиброма развивается из соединительной ткани больших половых губ, реже из фасции таза и параметральной клетчатки. Миома и фиброма — опухоли из мышечных волокон круглой связки, заканчивающейся в больших половых губах. Липома и фибролипома — опухоли из жировой и соединительной тканей в силу своей тяжести почти всегда имеют ножки. В исключительно редких случаях встречаются миксомы, ангиофибробластомы и сосудистые опухоли вульвы.

Распознавание доброкачественных опухолей наружных половых органов не представляет трудностей. Узлы опухоли на широком основании или на ножке могут достигать значительных размеров, а в некоторых случаях свисают между бедрами. При нарушении кровообращения развиваются отек, кровоизлияния, некроз, присоединяется вторичная инфекция.

Операции при этих опухолях не представляют трудности. На ножку опухоли накладывают зажимы, пересекают и лигируют ее, лучше хромированным кетгутом. Следует обратить внимание на тщательность гемостаза, учитывая хорошую васкуляризацию области вульвы.

При сосудистой опухоли (ангиома, лимфангиома) рекомендуется эмболизация сосудов опухоли во избежание обильного кровотечения, тем более что опухоль часто располагается в области клитора и больших половых губ.

Гидроаденома развивается из потовых желез. Располагается под кожей в толще больших половых губ в виде одиночных или множественных узелков. Редко достигает диаметра 1 см и, как правило, не беспокоит женщину. При необходимости операции делают разрез кожи над гидроаденомой и вылушивают ее.

9.4.2. СЛОНОВОСТЬ

Слоновость — заболевание, при котором происходят гипертрофия и отек больших и малых половых губ, а также клитора, области уретры, промежности. Иногда наружные половые органы увеличиваются в несколько раз, что мешает женщине при ходьбе и половой жизни. Лечение заключается в проведении простой вульвэктомии.

9.4.3. КОНДИЛОМЫ

При этом заболевании возникают множественные папилломатозные разрастания. Иногда вся вульва имеет вид цветной ка-

пусты. Сосочки образованы соединительнотканной основой, окруженной многослойным кератинизированным плоским эпителием.

В настоящее время большое значение придается папилломавирусной инфекции. При электронной микроскопии почти в 50 % случаев выявлена ДНК человеческого вируса — папилломавируса в клетках папиллом. В последние годы значительное число исследований свидетельствует о том, что папилломавирус человека имеет значение как этиологический фактор не только для возникновения различного вида папиллом, но и как причина развития рака шейки матки.

Установить диагноз не трудно. Клинически кондиломы проявляются зудом, чувством жжения. При инфицировании появляются выделения с неприятным запахом. Кондиломатозным разрастаниям часто сопутствуют кольпит, диабет, гонорея.

Если консервативная терапия неэффективна, то используют электрокоагуляцию, лазерную терапию, электроэксцизию. Проводят также иммунокорректирующую терапию. В отсутствие необходимой аппаратуры кондиломы удаляют скальпелем.

9.4.4. КРАУРОЗ И ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Крауроз и лейкоплакия наружных половых органов — заболевания, которые встречаются нечасто.

Клинические проявления заболеваний зависят от давности процесса, степени его распространения, наличия сопутствующих заболеваний, а также от того, какими методами и как долго проводилось лечение больной. Основным симптомом заболевания является зуд в области наружных половых органов. Интенсивность его возрастает при физической нагрузке, перегреве и даже прикосновении белья к пораженным участкам. В ночное время зуд усиливается. Заболевание имеет длительный затяжной характер, истощает нервную систему. Иногда зуд сопровождается болевыми ощущениями. При длительном течении заболевания возникает чувство стягивания, напряжения кожно-слизистых покровов.

Причиной возникновения всех этих симптомов является нарушение трофики тканей. Происходят разрастание свободных окончаний чувствительных нервов и общее раздражение нервных структур в сочетании с дисфункцией системы ацетилхолин — холинэстераза, являющейся источником пуритогенных протеиназ.

Для крауроза вульвы характерны прогрессирующая атрофия и сморщивание наружных половых органов. М. И. Штемберг различает две стадии распространения процесса — стадию атрофии и стадию склероза.

В стадии атрофии патологический процесс симметрично поражает малые половые губы и клитор. В дальнейшем возможно распространение его на промежность, перианальную область, очень редко на паховые складки. Наружная поверхность больших половых губ обычно в процесс не вовлекается.

Сморщивание происходит постепенно. В раннем периоде про-

исходит депигментация пораженных участков. По мере прогрессирования болезни уменьшается оволосение в области лобка и больших половых губ. Кожнослизистые покровы сглаживаются, нарушается их эластичность, они истончаются, становятся сухими, легко ранимыми, хотя местами эпидермис утолщен. Легко появляются ссадины и трещины. Покровы приобретают белесовато-серый либо бледно-розовый с желтоватым оттенком цвет, встречаются эритематозные пятна и телеангиэктазии. Постепенно стенозируется вход во влагалище. Все эти симптомы мучительны и сопровождаются психоэмоциональными расстройствами. В стадии склероза ткани еще более изменяются. Клитор и малые половые губы могут полностью атрофироваться. Кроме стенозирования входа во влагалище, может иметь место сужение наружного отверстия уретры. Кожа и слизистые покровы приобретают вид пергамента.

Крауроз вульвы наружных половых органов нередко сопровождается ее лейкоплакией; при этом имеет место гиперкератоз. По степени выраженности лейкоплакии различают ограниченную, диффузную и сливную ее формы. Лейкоплакия может быть плоской (простая форма), гипертрофической (гиперкератозная форма) и бородавчатой. При каждой из этих форм может иметь место изъязвление тканей. Заболевание может продолжаться десятилетиями.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза, осмотра и, что весьма важно, проведения расширенной вульвоскопии с помощью кольпоскопа. Кроме того, следует произвести цитологическое исследование соскоба с вульвы, а при необходимости биопсию пораженных участков вульвы.

Все эти исследования должны проводиться для подтверждения диагноза, а также для исключения злокачественного поражения вульвы, которому нередко предшествуют крауроз и лейкоплакия.

Крауроз и лейкоплакию необходимо дифференцировать от ряда заболеваний: эссенциального зуда, нейродермита, старческой атрофии вульвы, красного плоского лишая, склеротического лишая, витилиго, вульвита при диабете, кандидоза.

Перечень заболеваний, от которых приходится дифференцировать крауроз и лейкоплакию вульвы, свидетельствует о том, что больные нуждаются в консультации эндокринолога, дерматолога, невропатолога и других специалистов. Установить точный диагноз необходимо не только для назначения правильной терапии, но и для исключения злокачественного поражения вульвы.

Крауроз и лейкоплакия наружных половых органов чаще возникают у женщин пожилого возраста. Именно у этих больных чаще наблюдаются злокачественные процессы, причем малигнизируются в основном очаги лейкоплакии.

М. И. Штемберг, детально обследовавший большое число больных с краурозом и лейкоплакией вульвы, установил у них снижение функции коры надпочечников, яичников, щитовидной

железы в совокупности с нарушением углеводного и некоторых других видов обмена. Кроме того, крауроз и лейкоплакия вульвы постоянно сопровождаются нарушениями функций центральной нервной системы, особенно ее гипоталамических отделов и ретикулярной формации ствола мозга, что дает основание думать о существенном участии межзачаточного мозга в происхождении крауроза и лейкоплакии.

Лечение крауроза и лейкоплакии наружных половых органов трудно и представляет неблагоприятную задачу для врача. Известно большое число консервативных методов лечения этой патологии, приходить к которым нет необходимости. Однако в отсутствие эффекта консервативного лечения нужно прибегать к хирургическому, т. е. к вульвэктомии, которая при этом заболевании, во-первых, избавляет женщину от страдания и, во-вторых, ликвидирует предраковый очаг.

Однако вульвэктомия не всегда дает полный эффект. Нередко процесс рецидивирует, поэтому оперативное вмешательство показано в тех случаях, когда есть подозрение на злокачественный процесс или наблюдается выраженный предраковый процесс.

Предпочтение следует отдавать консервативному лечению, а хирургическое проводить по строгим показаниям.

В настоящее время для лечения крауроза и лейкоплакии вульвы с успехом используется СО₂-лазер.

Глава 10

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

10.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Эндометриоз — патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

Частота эндометриоза среди гинекологических больных репродуктивного возраста колеблется от 7 до 50 %. Однако точно судить о распространенности этого заболевания трудно, поскольку нет четких результатов эпидемиологических исследований. Частота эндометриоза среди женщин, которым произведена диагностическая лапароскопия, варьирует от 12 до 30 %. При лапароскопии эндометриоз выявляется более чем у 50 % больных с бесплодием.

Известны многочисленные теории происхождения эндометриоза, но ни одна из них не раскрывает полностью этиологию и патогенез этого заболевания и причины многообразия его локализаций.

Эмбриональная теория. Зачатки эндометриозидных

гетеротопий возникают в период внутриутробного развития из первичной почки и остатков мезонефральных протоков. Подтверждением ее, по мнению ряда исследователей, является сочетание с эндометриозом некоторых пороков развития половых и мочевых органов.

Имплантационная теория. Отторгнутые частицы эндометрия или эпителия фимбриальной части маточных труб имплантируются на яичниках, трубах, брюшине и дают начало развитию эндометриоза. Это положение подтверждено клиническими наблюдениями и экспериментальными исследованиями. Доказана возможность лимфогенного и гематогенного распространения эндометриозных клеток, а также попадания их в брюшную полость у больных с нарушением оттока менструальной крови вследствие стеноза шейки матки, атрезии влагалища и других пороков развития.

Металластическая теория. Предполагается, что источником эндометриозного компонента является мезотелий брюшины.

Миграционная теория. Клетки эндометрия, попадающие в кровяное русло и различные органы, рассматриваются как аутоантигены. Внедрению и пролиферации эндометриальных клеток в других органах способствует усиленная продукция эстрогенов, которая приводит к повышенному выделению кортикостероидов. Последние, являясь антидепрессантами, подавляют местный клеточный и гуморальный иммунитет, обеспечивая благоприятные условия для развития клеток эндометрия.

В настоящее время определенное значение в патогенезе эндометриоза придается конституционально-наследственному фактору, семейной предрасположенности к заболеванию.

Теория гормонального происхождения эндометриоза объясняет развитие заболевания нарушением в организме женщины содержания и соотношения стероидных и гонадотропных гормонов. Это подтверждается циклическим характером заболевания и обратным его развитием во время беременности и постменопаузе, а также тем, что в сочетании с пороками развития эндометриоз практически не выявляется до полового созревания.

На современном уровне знаний более обоснованным является положение о том, что эндометриоз различной локализации возникает на фоне функциональной неполноценности системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Пусковым же фактором его развития может быть любая из указанных выше причин.

С целью разработки научных основ восстановительного и комбинированного лечения во ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР проведены фундаментальные исследования, направленные на изучение патогенеза эндометриоза, особенно тяжелых форм. Выявлены нарушения биоэлектрической активности мозга, содержания гормонов в различных биологических жидкостях (кровь, перитонеальная, фолликулярная жидкость), рецепторной активности тканей органов-мишеней, спектров электронного магнитного (ЭМР)

и ядерно-магнитного (ЯМР) резонанса. Кроме того, установлены изменения состояния функции печени, почек, вегетативной нервной системы, молочных желез, клеточного и гуморального иммунитета. Указанные изменения зависят от длительности заболевания и локализации процесса.

Преимущественное изменение центральных механизмов регуляции характерно для больных ретроцервикальным эндометриозом и проявляется нарушением ритма и уровня выделения ФСГ, ЛГ, наличием дополнительных пиков содержания этих гормонов, повышением активности структур мезодизенцефального уровня на ЭЭГ, свидетельствующими об эмоциональной неустойчивости при дизенцефально-стволовых нарушениях, по-видимому, связанной с выраженным болевым синдромом при этой локализации эндометриоза и другими функциональными нарушениями.

Заинтересованность в основном периферических звеньев репродуктивной системы у больных внутренним эндометриозом проявляется относительной гиперэстрогенией, изменением количества цитоплазматических и ядерных рецепторов эндометрия, гиперпластическими процессами.

Выраженные изменения всех звеньев (центральных и периферических) нейроэндокринной системы у больных с эндометриоидными кистами яичников проявляются изменением уровня и цикличности секреции гонадотропных и стероидных гормонов, а также их соотношений.

Изменения периферических звеньев репродуктивной системы на субклеточном уровне характеризуются гипоксией и снижением активности обменных процессов, что подтверждено результатами изучения спектров электронного парамагнитного резонанса. Данные, полученные при радионуклидном исследовании тканей, пораженных эндометриозом, по сравнению с нормальными, свидетельствуют о различном накоплении ^{32}P тканями внутренних половых органов в зависимости от фаз менструального цикла и характера патологического процесса. Повышенное накопление радионуклида в ткани эндометриоза позволило в ряде случаев внутреннего эндометриоза уточнить степень и границу пораженного участка и определить объем операции.

Выявлено уменьшение в 2—3 раза количества занятых цитоплазматических эстрогеновых и прогестероновых рецепторов эндометрия во всех клинических группах, что объясняется наличием в цитоллизе факторов, нарушающих ассоциацию гормона с рецептором. Изучение рецепторов в очагах эндометриоза — яичниках и ретроцервикальной клетчатке — продемонстрировало неоднородную картину при сравнении их количества как в различных очагах эндометриоза, так и с эндометрием. Сделан вывод об идентичности механизмов гормональной регуляции эндометрия и ткани эндометриоидных кист яичников, в то время как при ретроцервикальном эндометриозе такого сходства не наблюдается.

Отмечены значительное снижение концентрации эстрадиола и прогестерона в фолликулярной жидкости и довольно высокий

процент дегенеративных овоцитов, что может лежать в основе нарушения генеративной функции у больных с распространенными формами эндометриоза.

В течение многих десятилетий обсуждается вопрос, являются ли менструальные циклы у больных эндометриозом овуляторными или характерна для них ановуляция. Попыткой ответа на этот вопрос явилось многократное в течение дня определение содержания гормонов в крови в перивуляторный период, а также эстрадиола и прогестерона в перитонеальной жидкости. Полученные результаты свидетельствуют о сохранении основных временных закономерностей секреции гормонов, характерных для перивуляторного пика у здоровых женщин.

Что касается функциональной активности желтого тела при распространенных формах эндометриоза, то она была снижена у всех наших больных. Подтверждением явились как описанные выше изменения секреции прогестерона в периферической крови, так и снижение содержания прогестерона в перитонеальной жидкости более чем в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

При исследовании маточных труб с помощью радионуклидного сканирования и кимографической пертубации у $2/3$ больных выявлены снижение их сократительной активности и дискоординация.

Характерными чертами эндометриоза являются способность к инфильтративному росту, отсутствие выраженной капсулы вокруг эндометриоидного очага (за исключением эндометриоидных кист) и возможность метастазирования в отдаленные органы.

10.2. КЛАССИФИКАЦИЯ

Эндометриоз делится на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный в свою очередь на внутренний (эндометриоз тела матки) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления).

Имеются многочисленные классификации эндометриоза в зависимости от степени его распространения.

Наиболее принятой является классификация, предложенная Acosta в 1973 г.

МАЛЫЕ ФОРМЫ:

1. Разбросанные поражения на передней или задней части «слепого мешка» или тазовой брюшины (без рубцов).
2. Редкие имплантаты на поверхности яичника без рубцов и спаек.
3. Отсутствие перитубарных спаек.

СРЕДНИЕ ФОРМЫ:

1. Включение в процесс одного или обоих яичников с несколькими поверхностными поражениями, рубцовой ретракцией и образованием эндометриом.
2. С минимальными перивариабельными или перитубарными спайками.
3. Поверхностные имплантаты на передней или задней части «слепого мешка» с рубцеванием и ретракцией, но без инвазии сигмовидной кишки.

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ:

1. Эндометриоз, охватывающий один или оба яичника с эндометриомами размером более 2×2 см.
2. Один или оба яичника окружены спайками вследствие эндометриоза при наличии или в отсутствие спаек между трубами и яичниками.
3. Одна или обе маточные трубы связаны спайками или в них нарушена проходимость, имеются спайки или прорастания.
4. Облитерация прямокишечно-маточного углубления в результате спаек или поражения в связи с эндометриозом.
5. Утолщение маточно-крестцовых связок и поражение прямокишечно-маточного углубления инвазивным эндометриозом с облитерациями.
6. Вовлечение в процесс кишечника или мочевых путей.

В настоящее время имеет распространение также классификация Американского общества по фертильности, по которой эндометриоз подразделяется на стадии. Эта классификация основана на подсчете количества эндометриоидных гетеротопий, выраженных в баллах.

10.3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиника эндометриоза многообразна и в большой мере зависит от его локализации (рис. 10.1).

Эндометриоз чаще всего встречается в репродуктивном периоде — от 25 до 40 лет. Средний возраст больных с эндометриоидными кистами около 30 лет, внутренним эндометриозом — 40 лет. Крайне редко эндометриоз имеет место в постменопаузе и до наступления менархе.

Отмечаются неблагоприятный преморбидный фон, большое число перенесенных детских инфекций. Кроме того, каждая вторая женщина страдает нейropsychическими и вегетососудистыми нарушениями. Нередко эндометриозу предшествует или сопровождается его воспаление придатков матки. Часто он сочетается с миомой матки. У некоторых женщин эндометриоз протекает бессимптомно.

Главной жалобой больных эндометриозом являются боли различной интенсивности, носящие циклический характер. В патогенезе болевого синдрома могут иметь значение функциональные нарушения периферических и центральных механизмов восприятия болевой чувствительности, а также сдвиги в деятельности симпатико-адреналовой системы, гипофиза и коры надпочечников.

Больные отличаются раздражительностью, неуравновешенностью и плаксивостью. У них наблюдаются головокружение и головная боль (явления астеновегетативного синдрома). Определенная роль в генезе болевого синдрома при эндометриозе отводится повышенной продукции простагландинов.

Характерный для эндометриоза инфильтрирующий рост может привести к проникновению эндометриоидной ткани в соседние органы, что вызывает симптомы поражения кишечного или мочевого тракта. При распространении процесса, прорастании стенки прямой кишки возникают тенезмы, картина частичной кишечной

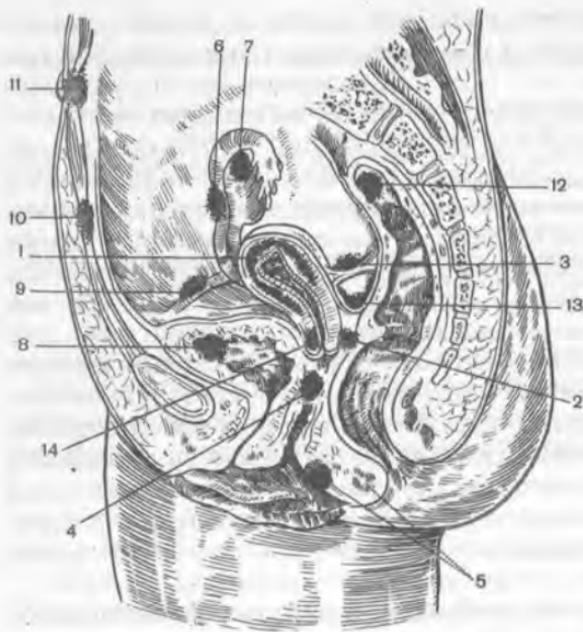


Рис. 10.1. Локализации эндометриоза.

1 — тело матки; 2 — позади шейки матки; 3 — крестцово-маточные связки; 4 — влагалище; 5 — промежность; 6 — маточная труба; 7 — яичник; 8 — мочевой пузырь; 9 — круглая связка; 10 — прямые мышцы живота; 11 — пупок; 12 — сигмовидная кишка; 13 — брюшина прямокишечно-маточного углубления; 14 — шейка матки.

непроходимости, редко примесь крови в моче и кале. Другим ведущим симптомом эндометриоза является нарушение менструальной функции (при наружном эндометриозе реже, чем при внутреннем). Больные часто жалуются на диспареунию.

Одним из симптомов, сопровождающих эндометриоз, является бесплодие. По данным различных авторов, частота его составляет в среднем 46—50 %. Причины бесплодия у больных эндометриозом различной локализации неодинаковы. При внутреннем эндометриозе бесплодие, видимо, обусловлено выраженными морфологическими изменениями миометрия вследствие частых внутриматочных вмешательств, травмирующих слизистую оболочку матки, и последующим воспалительным процессом. У больных наружным эндометриозом бесплодие является следствием изменений функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, приводящих к нарушению секреции гонадотропных гормонов и стероидогенеза в яичниках, патологическим изменениям эндометрия, в том числе его эстрогенрецепторной системы, и функциональной активности маточных труб при их анатомической непроходимости. Кроме того, имеют значение выраженные топографо-анатомические изменения в малом тазе, возникающие в результате патологического процесса.

10.3.1. ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ

Эта локализация эндометриоза чаще встречается у молодых женщин, в анамнезе которых имели место травмы шейки матки во время родов и аборт, диатермокоагуляция, гистеросальпингография и другие процедуры.

Среди клинических проявлений эндометриоза шейки матки наиболее характерны пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей. Болевой синдром при поражении эндометриозом только влагалищной части шейки матки, как и бесплодие, обычно отсутствует (наличие бесплодия и болей косвенно свидетельствует о сочетании с другими локализациями эндометриоза или другими заболеваниями половой системы).

При эндометриозе влагалищной части шейки матки имеются различной формы и величины (от мелкоочечных до кистозных полостей диаметром 0,7—0,8 см) эндометриодные образования темно-красного цвета. Кольпоскопия позволяет уточнить место и форму поражения. Особенно это относится к мелким очагам эндометриоза, не видимым невооруженным глазом. Эндометриодные гетеротопии в области слизистой оболочки канала шейки матки с помощью кольпоскопа можно выявить при локализации в его дистальной части. Проксимальная часть его недоступна для исследования даже при широком разведении влагалища зеркалами. В этих случаях наиболее ценные данные можно получить при цервикоскопии или цервикографии.

Решающее значение в постановке диагноза при патологических изменениях шейки матки, в том числе подозрительных на эндометриоз, имеют результаты гистологического исследования прицельно биопсированной ткани шейки матки. Эндометриоз следует дифференцировать от рака шейки матки, наботковых кист (особенно если последние имеют геморрагическое содержимое), эрозии шейки матки, эндоцервицита.

При лечении оптимальным является иссечение участков эндометриоза с последующей криодеструкцией. В последние годы с успехом применяется выпаривание очагов эндометриоза шейки матки СО₂-лазером. С противорецидивной целью в течение 6 мес проводят в непрерывном или циклическом режиме терапию гестагенными препаратами.

Для иссечения очагов эндометриоза шейку матки обнажают в зеркалах, берут на пулевые щипцы и подтягивают ко входу во влагалище. Очаги эндометриоза иссекают скальпелем и направляют на гистологическое исследование.

При поражении эндометриозом канала шейки матки в пределах нижних двух третей у женщин детородного возраста можно произвести криодеструкцию канала или (по показаниям) конусовидную ампутацию шейки матки. Для профилактики эндометриоза шейки матки следует выполнять диатермохирургические вмешательства во второй половине менструального цикла, незадолго до менструации. Нередко после надвлагалищной ампутации матки возникает эндометриоз в канале шейки, который вызывает тяжелые боли, иногда кровянистые выделения, что заставляет удалять и шейку.

При необходимости дополнительной ревизии тазовых органов и придатков матки производится экстирпация культи шейки матки путем чревосечения, во время которого хирург сталкивается с

типичной ситуацией — выраженным спаечным процессом в малом тазе, спайками между мочевым пузырем, прямой и сигмовидной кишкой. Мочевой пузырь после проведенной ранее перитонизации оказывается расположенным непосредственно на культе шейки матки, а зачастую интимно срашен с ней. Во время операции необходимо оценить взаимоотношения шейки матки с соседними органами (мочевой пузырь, мочеточники, яичник). После этого мочевой пузырь отделяют от шейки матки тупым и острым путем и отсепааровывают. Производят ревизию крестцово-маточных связок, учитывая частоту распространения эндометриоза на область крестцово-маточных связок. Последние отсекают в пределах здоровой ткани.

Накладывают зажимы на сосудистые пучки, вскрывают передний и задний своды влагалища и производят экстирпацию шейки матки типично, с зашиванием стенок влагалища и перитонизацией. Дренировать брюшную полость обязательно.

У рожавших женщин при показаниях к удалению шейки матки и в отсутствие необходимости произвести ревизию соседних органов и яичников (если они отсутствуют или имеют нормальные размеры) экстирпацию культи шейки матки целесообразно произвести влагалищным доступом. Для этого влагалище обнажают в зеркалах. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и подтягивают книзу. Производят циркулярный разрез вокруг шейки матки, отсепааровывают мочевой пузырь, обнажают кардинальные связки. На связочный аппарат по бокам накладывают зажимы, связки пересекают и лигируют. Отсепааровывают заднюю стенку влагалища и прямую кишку, обнажают брюшину прямокишечно-маточного углубления. При экстирпации культи шейки матки (после надвлагалищной ампутации) значительно безопаснее вскрыть брюшную полость сзади от культи через брюшину прямокишечно-маточного углубления, поскольку мочевой пузырь, как уже было сказано, перекрывает область внутреннего зева и при передней кольпотомии высок риск его ранения. После вскрытия брюшной полости необходимо произвести ревизию, под контролем зрения вскрыть пузырно-маточную складку и удалить культю шейки матки. Рану зашивают послойно: кетгутовые полукисетные швы накладывают на брюшину, отдельные швы — на стенку влагалища.

Иногда удается удалить культю шейки матки через влагалище, не вскрывая брюшины. При этом легче протекает послеоперационный период.

Малые формы эндометриоза могут наблюдаться как сопутствующий патологический процесс при миоме матки, кистах и кистомах яичника и в сочетании с распространенным эндометриозом. Обычно они выявляются при лапароскопии у 30—40% больных, страдающих альгоменореей и бесплодием. Основными методами лечения являются хирургическая лапароскопия, электрокоагуляция, криодеструкция и выпаривание очагов эндометриоза с помощью лазера.

10.3.2. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ

Прорастание эндометрионидных ходов в тело матки может иметь различные степени распространения.

Во ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР разработана клиническая классификация эндометриоза тела матки:

- I стадия — патологический процесс ограничен слизистой тела матки.
- II стадия — патологический процесс переходит на мышечные слои.
- III стадия — распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до серозного покрова ее.
- IV стадия — вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

При влагалищном исследовании определяется несколько увеличенная плотная матка с гладкой поверхностью. При наличии узловой формы эндометриоза или сочетания его с миомой матки, что бывает очень часто, матка имеет неровную, бугристую поверхность. Величина ее зависит от размеров миоматозных узлов.

Для внутреннего эндометриоза типичны боли в период менструации, меноррагия, скудные кровянистые выделения до и после менструации, увеличение матки, чаще диффузное. Характерны увеличение размеров матки до менструации и уменьшение ее по окончании менструации, что объясняется заполнением кровью эндометрионидных ходов и опорожнением их во время менструации.

Обильные менструации приводят к развитию анемии и нарушению гемопоэза. Кровотечения типа метроррагии возникают при значительном прорастании стенки матки эндометрионидными ходами. В ранних стадиях заболевания наличие анемии может быть обусловлено гиперэстрогенией и недостаточностью функции желтого тела. Большая кровопотеря во время менструации объясняется плохой сократительной способностью мышцы матки и увеличением ее внутренней поверхности. У больных внутренним эндометриозом менструальная функция нередко нарушена по типу ациклических кровотечений, что является результатом изменения ритма и уровня выделения суммарных гонадотропных гормонов.

Диагноз устанавливают на основании клинической картины заболевания и результатов дополнительных исследований. При уточнении диагноза внутреннего эндометриоза матки ведущую роль играют гистеросальпингография и гистероскопия. Эти процедуры, учитывая циклическое течение заболевания, необходимо производить в I фазе цикла на 7—9-й день. В это время отторгшийся функциональный слой эндометрия не мешает проникновению контрастного вещества в эндометрионидные полости. Гистеросальпингографию лучше производить с помощью водных растворов контрастных веществ.

В ряде случаев диагностике внутреннего эндометриоза способствует рентгенологическое исследование матки с предваритель-

ным диагностическим выскабливанием, произведенным накануне гистеросальпингографии. При этих исследованиях проводят антибактериальную терапию. Рентгенологическая картина при внутреннем эндометриозе матки характеризуется наличием «законтурных» теней различной длины и формы, что зависит от локализации эндометриоидных очагов. При расположении очагов в истмико-цервикальном отделе «законтурная» тень начинается от края полости, постепенно расширяется и заканчивается тенью округлой и причудливой формы. Если очаги находятся в области дна матки, то направление теней вертикальное. Они напоминают ровные полоски и треугольники с основанием, обращенным к полости матки. При локализации очагов в маточных трубах «законтурные» тени имеют вид точек, располагающихся за просветом маточной трубы. Длина теней от 2—4 мм до 1—2 см.

Гистероскопия у больных внутренним эндометриозом позволяет выявить на фоне тонкой или утолщенной слизистой оболочки в области дна и боковых стенок матки единичные или множественные отверстия (свищевые эндометриоидные ходы) округлой, овальной или линейной формы.

Эхографическая картина внутреннего эндометриоза характеризуется диффузным утолщением миометрия и неоднородной ячеистой структурой пораженной стенки. При узловатой форме внутреннего эндометриоза выявляется узел неоднородной структуры, вокруг которого в отличие от миомы отсутствует четкая капсула.

Тактика ведения больных внутренним эндометриозом зависит от локализации очага эндометриоза в матке, степени распространения, выраженности клинической симптоматики, состояния паренхиматозных органов и сердечно-сосудистой системы, а также от переносимости гормональных препаратов.

Первым этапом лечения больных внутренним эндометриозом матки следует считать гормональную терапию. У больных детородного возраста лечение проводят в циклическом режиме от 6 до 12 мес. Препаратами выбора являются из эстроген-гестагенных ановлар, из гестагенных — норэтистерон-ацетат, примолютнор, норколют, 17-оксипрогестеронкапронат и антигонадотропины.

Гестагены применяют во второй фазе цикла по 5—10 мг в течение 10 дней, в случае отсутствия эффекта — с 5-го по 25-й день цикла, при распространенности процесса и недостаточном эффекте — в непрерывном режиме — 6—9 мес. Антигонадотропины применяют сначала по 400 мг в течение 6 мес в непрерывном режиме (даназол по 200 мг). При недостаточном клиническом эффекте доза может быть увеличена до 800 мг; продолжительность лечения 9—12 мес. Даназол дает хороший лечебный эффект при сопутствующих гиперпластических процессах в молочных железах и эндометрии.

Гормонотерапию необходимо проводить под контролем (осмотр больной один раз в 3 мес, анализы крови и мочи, гемо-

стазиограмма, биохимические исследования крови для оценки состояния паренхиматозных органов). Дополнительно назначают симптоматические и седативные препараты. В отсутствие эффекта (длительные кровотечения, анемизирующие больную, выраженный, ничем не купируемый болевой синдром) показано оперативное лечение. При расположении эндометриoidных ходов в истмическом отделе матки при проникновении их до серозного покрова гормонотерапия, как правило, неэффективна. Больные нуждаются в операции.

При диффузной форме внутреннего эндометриоза и патологических изменениях шейки матки выполняют экстирпацию матки. Учитывая, что у этих больных матка, как правило, не достигает больших размеров, операцию можно производить влагалищным путем, особенно у пожилых женщин.

В ряде случаев при внутреннем эндометриозе матки производят надвлагалищную ампутацию матки одновременно с дополнительным иссечением слизистой оболочки канала шейки матки, электрокоагуляцией его, обработкой лазером или криодеструкцией со стороны брюшной полости. После этого зашивают культю шейки матки и осуществляют перитонизацию за счет брюшины пузырно-маточной складки и листков широких связок матки. Такую операцию выполняют у молодых женщин при неглубоком поражении канала шейки матки.

Выполнение операций, сохраняющих генеративную и менструальную функции, возможно при узловой форме внутреннего эндометриоза, но при этом высока вероятность развития рецидивов, поскольку визуально трудно отличить здоровую ткань миометрия от пораженной аденомиозом. Однако в ряде случаев у больных молодого возраста, страдающих бесплодием и стремящихся сохранить или восстановить детородную функцию, при технической возможности сформировать матку после иссечения участков аденомиоза и в отсутствие противопоказаний к реконструктивным операциям (сопутствующий воспалительный процесс, истинная опухоль яичника, подозрение на малигнизацию и др.) выполняют органосохраняющую операцию.

Для определения границ поражения матки желательно интраоперационное контактное ультразвуковое исследование. Под контролем эхографии иссекают пораженный участок матки и стенку ее восстанавливают в пределах здоровых тканей. Кроме того, можно проводить интраоперационную экспресс-диагностику путем радионуклидного исследования с ^{32}P тканей матки. Количество импульсов на участке поражения значительно превышает таковое в неизменном миометрии.

После экспресс-диагностики резецируют участки эндометриоза, захватывая здоровую ткань стенок матки. При возможности рассечение тканей производят с помощью CO_2 -лазера, что обеспечивает гемостаз, абластичность операции и профилактику рецидивов. Иссеченная ткань направляется на гистологическое исследование. На стенку матки накладывают отдельные

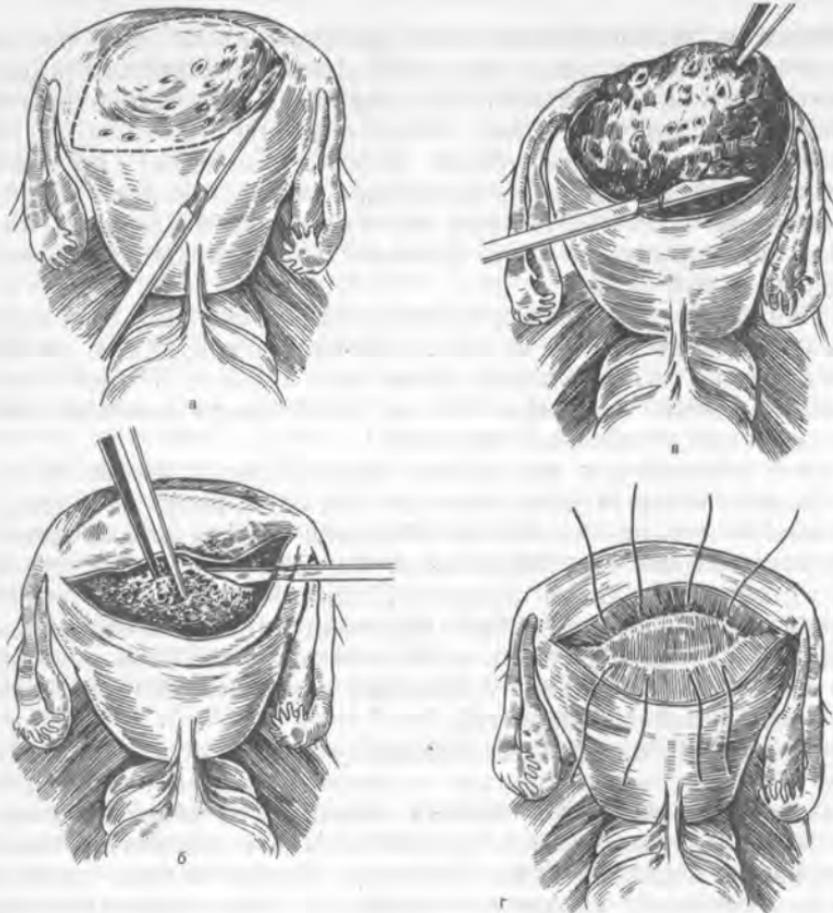


Рис. 10.2. Иссечение узла внутреннего эндометриоза матки.

а — рассечение периметрия; б — захватывание узла эндометриоза пулевыми щипцами и выделение его острым путем; в — дальнейшее иссечение узла эндометриоза; г — наложение швов на матку.

кетгутутовые швы, при необходимости в несколько этажей (рис. 10.2).

Выполняя операции по поводу эндометриоза, неизменные яичники не удаляют. Хирургическую кастрацию производят только при рецидивирующих процессах с поражением соседних органов либо глубоком прорастании эндометриоза в ректовагинальную перегородку или стенку сигмовидной и прямой кишки, если невозможно осуществить дополнительную медикаментозную терапию (аллергическая болезнь, заболевания печени, почек, крови, глубокие тромбофлебиты и тромбозы, заболевания сердечно-сосудистой и других систем и др.).

Если функция яичников сохранилась и во время операции проведена метропластика, то необходимо с противорецидивной целью продолжать гормонотерапию до 12 мес.

В комплекс методов реабилитации целесообразно включить

физические и курортные факторы (радоновые и йодобромные ванны, влагалищные орошения), применение ингибиторов простагландина (индометацин, бруфен, реопирин), иммуномодуляторы (фактолин).

10.3.3. ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ

Клинически эндометриоидные гетеротопии яичников классифицируют следующим образом:

- I стадия — мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников и в брюшине прямокишечно-маточного пространства. Кистозные полости отсутствуют.
- II стадия — эндометриоидная киста одного яичника диаметром более 5—6 см, мелкие эндометриоидные включения по брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.
- III стадия — эндометриоидные кисты обоих яичников различной величины (киста одного яичника диаметром более 5 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.
- IV стадия — двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см). Переход патологического процесса на соседние органы — мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишки. Распространенный спаечный процесс.

Эндометриоидные кисты представляются в виде образований с плотной капсулой, наполненных густым содержимым шоколадного цвета (отсюда прежнее название «шоколадная киста»). Часто они сопровождаются спаечным процессом из-за микроперфораций кист во время менструации. Диаметр их редко превышает 12 см.

Эндометриоидные кисты яичников сопровождаются болями внизу живота, нередко перитонеальными явлениями, связанными с микроперфорацией кист. При бимануальном исследовании больных сбоку или позади матки определяются опухолевидные образования овоидной или округлой формы, тугоэластической консистенции, ограниченной подвижности за счет спаечного процесса, резко болезненные при исследовании. Характерно изменение размеров эндометриоидных кист в зависимости от фаз менструального цикла. Диагностика облегчается при наличии других очагов эндометриоза.

Выраженность симптомов мало зависит от размера кисты. В то время как киста яичника больших размеров может не вызывать никаких симптомов и быть случайной находкой при профилактическом осмотре, минимальное распространение эндометриоза на брюшину малого таза и крестцово-маточные связки или прямокишечно-влагалищную перегородку вызывает тяжелейшую дисменорею, приводящую к потере трудоспособности. При эндометриоидных кистах яичников боли связаны с перерастяжением

капсулы кисты, микроперфорацией ее и могут сопровождаться перитонеальными явлениями, в связи с чем больных госпитализируют в различные гинекологические и хирургические стационары с явлениями острого живота. Предполагаемые диагнозы: нарушенная внематочная беременность, перекрут ножки или разрыв кисты, аппендицит.

Из дополнительных исследований наиболее достоверные результаты дает лапароскопия, при которой выявляется опухолевидное образование с толстостенной капсулой, часто спаянное с задней поверхностью матки, брюшиной прямокишечно-маточного углубления, маточными трубами и серозным покровом прямой кишки. Иногда имеются мелкие очаги эндометриоза и фибриноидные наложения на брюшине малого таза.

С целью диагностики эндометриоидных кист можно применять рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума. Показано ультразвуковое исследование, при котором выявляется опухолевидное образование, исходящее из яичника, с неоднородным полужидким содержимым. Производимая некоторыми авторами пункция эндометриоидного образования через задний свод влагалища ведет к распространению процесса на ректовагинальную перегородку, поражение которой вызывает тяжелое течение заболевания.

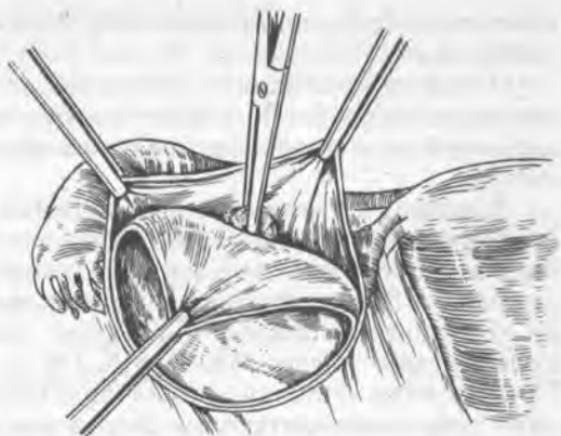
При вовлечении в патологический процесс толстого кишечника целесообразно производить ирригоскопию, при которой обнаруживается стенозирование кишки на различном протяжении.

Первым этапом лечения эндометриоидных кист яичников является операция, что обусловлено как невозможностью другими методами добиться полного лечебного эффекта, так и онкологической настроженностью.

Оптимальные результаты дают полное удаление всех видимых очагов эндометриоза, резекция одного или обоих яичников в пределах здоровых тканей, выпаривание очагов эндометриоза по брюшине и обработка ложа кисты CO₂-лазером. В ряде случаев у молодых женщин при сохранении им детородной функции полное удаление эндометриоидных имплантатов (особенно при распространенных формах эндометриоза яичников, когда в патологический процесс вовлечены не только маточные трубы, спаянные с задними листками широких связок матки, брюшиной малого таза, но и соседние органы — ректосигмоидный отдел кишечника, мочевого пузыря, мочеточники) представляет значительные трудности и увеличивает риск операционных осложнений.

Как показал наш многолетний опыт, несмотря на значительные анатомические изменения в малом тазе при эндометриоидных кистах и поражении большей части яичника, выполнение экономных операций затруднено, но технически возможно: капсулу эндометриоидной кисты вылушивают и почти всегда сохраняют здоровую ткань яичника (рис. 10.3).

Рис. 10.3. Вылущивание капсулы эндометриоидной кисты.



При выделении из спаек эндометриоидных кист яичников, как правило, нарушается целостность капсулы и содержимое изливается в брюшную полость. В связи с довольно глубоким прорастанием эндометриоза в ткань яичника при вылущивании капсулы наблюдаются кровотечения из области ворот яичника. При грубом выделении эндометриоидных кист из спаек возможны отрыв собственной связки яичника, ранение сосудистого пучка в области воронкообразной связки и травма мочеточников.

При недостаточном отграничении брюшной полости от малого таза содержимое эндометриоидных кист может попадать в верхние отделы брюшной полости, что впоследствии может быть причиной распространения процесса, образования грубых спаек, спаечной послеоперационной непроходимости.

Последовательность этапов операции при эндометриоидных кистах яичников следующая. После рассечения передней брюшной стенки (чаще поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю) и вскрытия брюшной полости влажными салфетками отграничивают кишечник и верхние отделы брюшной полости от области малого таза. Учитывая выраженную инфильтрацию тканей, возможность образования спаек как с толстым, так и тонким кишечником, эту процедуру следует производить осторожно, под контролем зрения, помня о возможности ранения кишечника.

Спайки разделяют тупым и острым путем. Отделение эндометриоидной кисты от задней поверхности матки целесообразно начинать движениями, направленными от средней линии к области воронкообразных связок. Максимальную осторожность следует проявлять при отделении стенки кисты от нижних отделов задних листков широких связок, боковых стенок таза в области проекции мочеточников. При достаточном опыте удастся выделить опухолевое образование без ранения соседних органов и даже без значительного нарушения целостности брюшины. Грубые манипуляции, особенно в области прямокишечно-маточного углубления, увеличивают травматичность оперативного вмешательства.

ства, способствуют впоследствии образованию новых, более грубых спаек.

После мобилизации яичников их резецируют в пределах здоровых тканей. При возможности ложе кисты с противоречивой целью обрабатывают расфокусированным лучом CO₂-лазера.

Важным в техническом отношении моментом является максимальное сближение краев коркового слоя яичников. Следует тщательно удалить всю капсулу эндометриоидной кисты (вылущивание). Затем формируют оставшуюся часть яичниковой ткани отдельными швами. При этом рекомендуется пользоваться медицинским клеем МК-7, МК-7М и сульфакрилатным клеем. При наличии большого ложа эндометриоидной кисты накладывают отдельные кетгуттовые швы в два этажа с целью профилактики гематом в яичнике. Особое внимание обращают на область воронкотазовой и собственных связок, по показаниям накладывают гемостатические швы. Если невозможно сохранить неизменным участок яичника или кровоснабжение в нем отсутствует, то необходимо удалить его целиком.

При патологическом процессе в маточных трубах одновременно с основной операцией следует производить пластику маточных труб, желательно под микроскопом с применением микрохирургической техники, микрокоагулятора, ареактивного сверхтонкого шовного материала на атравматических иглах.

По окончании основных манипуляций желательно промыть брюшную полость растворами хлоргексидина, фурацилина с диоксидином, целью этого являются эвакуация эндометриоидной жидкости и туалет брюшной полости. Почти всегда показано дренирование брюшной полости, желательно двухпросветными силиконовыми дренажными трубками, выведенными через контрапертуру. При необходимости в послеоперационном периоде можно осуществить аспирационно-промывное дренирование брюшной полости. Брюшную полость восстанавливают послойно, на кожу накладывают косметический шов.

После реконструктивных операций по поводу эндометриоидных кист яичников необходимо комплексное восстановительное лечение: ранняя физиотерапия (переменное магнитное поле), гипербарическая оксигенация, в дальнейшем гормональная терапия с противоречивой целью и санаторно-курортное лечение, которое способствует активизации процессов репаративной регенерации оперированных органов, улучшает результаты лечения.

Противопоказаниями к проведению реконструктивных операций при эндометриозе являются:

1) эндометриоидные кисты больших размеров, сопровождающиеся обширным спаечным процессом у женщин с выраженной экстрагенитальной патологией, поскольку в послеоперационном периоде необходима длительная гормональная терапия, которую невозможно проводить у таких больных. Кроме того, следует учитывать довольно частое рецидивирование процесса (до 25%),

требующее в ряде случаев повторной операции, что нежелательно у отягощенных экстрагенитальными заболеваниями больных;

2) наличие сопутствующего гнойного воспалительного процесса в малом тазе, что значительно ухудшает прогноз послеоперационного течения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах;

3) сопутствующий злокачественный процесс, предраковое состояние эндометрия и эндоцервикса, рецидивирующие гиперпластические процессы в органах-мишенях, не поддающиеся длительной гормональной коррекции.

10.3.4. РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

Ретроцервикальный эндометриоз — расположение разрастаний эндометриоза непосредственно около шейки матки в ректовагинальной клетчатке.

Эндометриоз этой локализации характеризуется резкими, стреляющими болями, которые иррадируют во влагалище, прямую кишку, промежность, наружные половые органы, часто в область бедра. Боли усиливаются при половом сношении и дефекации. До и после менструации появляются кровянистые выделения.

Клиническая классификация ретроцервикального эндометриоза:

- I стадия — эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки.
- II стадия — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.
- III стадия — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки.
- IV стадия — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки (рис. 10.4).

Диагноз устанавливают на основе клинических данных и дополнительных исследований. Ретроцервикальный эндометриоз необходимо дифференцировать от рака прямой кишки и яичников (шиповидные выросты в ректовагинальную клетчатку при запущенной форме рака яичников).

При влагалищном исследовании в заднем своде пальпируется плотный бугристый узел различной величины, резко болезненный. При осмотре в зеркалах нередко видны мелкие эндометриоидные кисты в виде синюшных «глазков», откуда во время менструации выделяется темная кровь. Ведущим дополнительным методом исследования при эндометриозе этой локализации является биопсия, а при поражении прямой кишки — ректороманоскопия, ирригоскопия и прицельная биопсия. У больных распространенным ретроцервикальным эндометриозом довольно значительно сужен просвет кишки. При распространении эндометриоидных

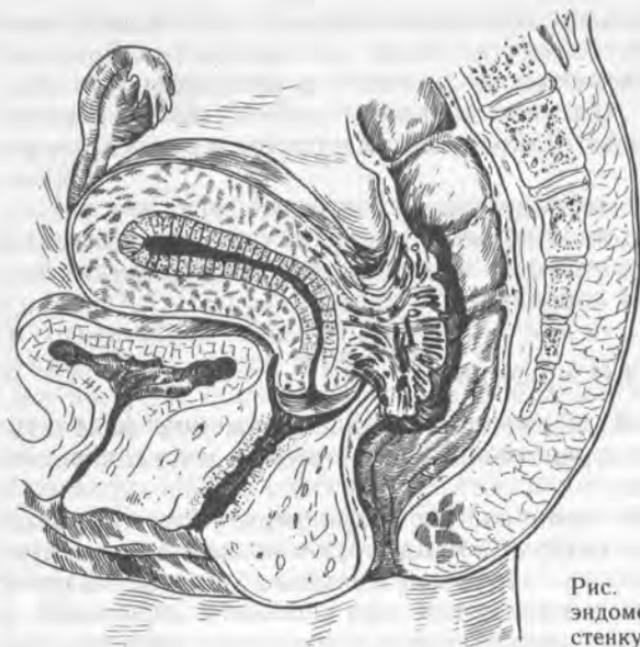


Рис. 10.4. Ретроцервикальный эндометриоз с прорастанием в стенку прямой кишки.

гетеротопий на ретроцервикальную перегородку при париетографии выявляется значительное утолщение перегородки, имеющей четкий и ровный контур.

Первым этапом лечения при этой локализации заболевания являются иссечение очага эндометриоза влагалищным путем как с диагностической, так и лечебной целью и последующее обязательное гистологическое исследование удаленного препарата (рис. 10.5). В асептических условиях шейку матки захватывают пулевыми щипцами за заднюю губу и подтягивают ко входу во влагалище. В зависимости от расположения очага эндометриоза производятся поперечный (чаще) или продольный разрез стенки влагалища над очагом эндометриоза, границу которого определяют пальпаторно и визуально (при прорастании стенки влагалища).

В I и II стадиях распространения, когда эндометриозные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки (I стадия) и прорастают в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист, как правило, удается иссечь очаг эндометриоза в пределах здоровых тканей без задней кольпотомии. После этого стенку влагалища зашивают отдельными кетгутовыми швами. При наличии криохирургической техники перед зашиванием стенки влагалища целесообразно произвести криодеструкцию ложа эндометриоза или обработку с помощью расфокусированного луча CO_2 -лазера, что способствует аблации операции, уменьшению числа рецидивов. Однако производить криодеструкцию и использовать лазерную технику не-

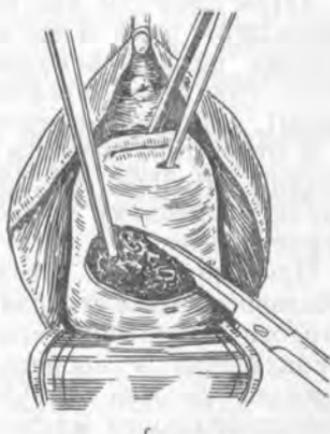
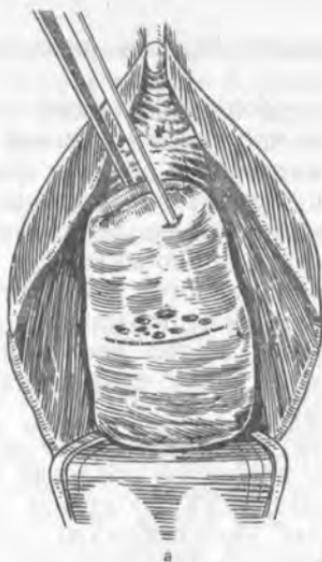


Рис. 10.5. Иссечение ретроцервикального эндометриоза.

а — линия разреза стенки влагалища; б — стенка влагалища рассечена в поперечном направлении; в — дальнейшее выделение ретроцервикального эндометриоза острым путем; г — иссечение ретроцервикального эндометриоза; д — наложение швов на рассеченную стенку влагалища.

обходимо с осторожностью, учитывая близость расположения мочеточников и прямой кишки.

В III стадии распространения ретроцервикального эндометриоза, когда в процесс вовлекаются крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки, выполняют заднюю кольпотомию, иссечение очагов эндометриоза с крестцово-маточных связок и серозного покрова прямой кишки, а также дополнительную крио- и лазерную обработку области крестцово-маточных связок. Одновременно осуществляют ревизию малого таза: яичников, маточных труб, матки, брюшины прямокишечно-маточного углубления. Через кольпотомное отверстие можно ввести палец и пальпировать доступные ткани. Затем стенку влагалища зашивают отдельными кетгутовыми швами.

В IV стадии распространения ретроцервикального эндометриоза, т. е. при вовлечении в процесс слизистой оболочки прямой кишки с инфильтрацией тканей, доходящей до стенок таза, у больных молодого возраста наиболее целесообразно частичное иссечение очага эндометриоза с целью гистологического исследования для уточнения диагноза.

Затем проводят массивную гормонотерапию гестагенами нестероидного ряда и антигонадотропинами. В комплекс лечения больных ретроцервикальным эндометриозом следует включать также санаторно-курортное лечение (радоновые, йодобромные ванны), симптоматическое лечение, седативную терапию.

В отсутствие эффекта гормонотерапии производят пангистерэктомию. Вопрос об операции на смежных органах (мочеточник, кишечник) необходимо решать совместно с урологами и проктологами.

При выполнении влагалищных операций по поводу ретроцервикального эндометриоза следует помнить о специфике этого патологического процесса, тенденции к инфильтративному росту и вовлечении в процесс соседних органов. Выполнять такие операции должен хирург, обладающий достаточно высоким профессиональным мастерством.

Больных следует подготовить так же, как к операции на кишечнике.

10.3.5. ЭНДОМЕТРИОЗ БРЮШИНЫ ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОГО УГЛУБЛЕНИЯ И КРЕСТЦОВЫХ СВЯЗОК

Эта локализация эндометриоза является, как правило, вторичной. Чаще всего она наблюдается при эндометриозных кистах яичников и ретроцервикальном эндометриозе.

До и во время менструации, при половом сношении наблюдаются сильные боли, иногда иррадиирующие в прямую кишку. При влагалищном исследовании у некоторых больных удается прощупать узелки эндометриоза на брюшине или крестцово-маточных связках. Пальпация их резко болезненна.

Осуществляют лапароскопию, при которой хорошо видны темно-багровые очаги эндометриоза. Во время операции их иссекают, прижигают или выпаривают лазерным лучом. Одновременно при лапароскопии производят аспирацию перитонеальной жидкости и санацию брюшной полости.

Изолированно эта локализация эндометриоза встречается нечасто и описывается как малая форма эндометриоза.

10.3.6. ЭНДОМЕТРИОЗ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Эта локализация эндометриоза, хотя и не распространена, но и не является исключительной редкостью. Часто эндометриоз маточной трубы имеет место при других его локализациях.

Основным симптомом заболевания является боль, которая усиливается во время менструации. При пальпаторном бимануальном исследовании редко удается заподозрить наличие эндометриоза маточной трубы. Он выявляется при гистологическом исследовании удаленного препарата. Узелки эндометриоидных разрастаний могут располагаться на поверхности трубы, и тогда их можно обнаружить путем лапароскопии. Иногда эндометриоидные ходы в просвете маточной трубы хорошо видны при гистеросальпингографии.

Лечение этой формы эндометриоза оперативное — удаление маточной трубы. При наличии эндометриоидных узелков на поверхности маточной трубы их можно иссечь или коагулировать, или «выпарить» лазерным лучом.

10.3.7. ЭНДОМЕТРИОЗ ВЛАГАЛИЩА

Особенностями операций при удалении очагов эндометриоза из передней и задней стенок влагалища (в пределах двух третей) являются тщательность иссечения, осторожность при отсепаровке подлежащих тканей, что объясняется близостью расположения стенки мочевого пузыря и прямой кишки. При локализации эндометриоза на передней стенке влагалища и инфильтрирующем росте в подлежащие ткани и обширном поражении до операции с целью оценки состояния мочевой системы необходимо производить цистоскопию, цистографию, экскреторную урографию. У больных обширным эндометриозом задней стенки влагалища предварительно целесообразно исследовать прямую кишку (ректороманоскопия, ирригоскопия).

После удаления очага эндометриоза в пределах здоровых тканей стенку влагалища ушивают отдельными кетгутовыми швами. Проникновение эндометриоза этой локализации в слизистую оболочку прямой кишки или мочевого пузыря наблюдается довольно редко, поэтому бережное отношение к тканям позволяет произвести операцию без вскрытия полости соседних органов.

Участок эндометриоза иссекают в пределах здоровых тканей, затем зашивают ложе очага эндометриоза и промежность. При глубоком поражении эндометриозом подлежащих тканей, выраженных рубцовых изменениях с вовлечением в процесс передней стенки прямой кишки и наружного сфинктера дополнительно производят зашивание дефекта кишки, восстановление целостности сфинктера, леваторопластику и пластику мышц тазового дна.

Подготовка больных к указанным операциям должна быть специальной: назначают бесшлаковую диету, тщательно подготавливают желудочно-кишечный тракт, применяют препараты, способствующие санации кишечника и задержке стула.

Таким образом, лечение больных эндометриозом должно быть комплексным. Оптимальным является использование трехэтапной дифференцированной системы реабилитации больных после различных по объему гинекологических операций. Эта система направлена на коррекцию нарушений гомеостаза и включает физиотерапию (переменное магнитное поле низкой частоты, радоновые, йодобромные ванны), гипербарическую оксигенацию, профилактическое применение мини-доз гепарина, гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины). Подбор лечебных факторов в системе реабилитации производят индивидуально с учетом характера основного гинекологического заболевания, возраста больной, объема хирургического лечения и выявленных нарушений гомеостаза.

Основанием для применения переменного магнитного поля в первой фазе раневого процесса (ранняя реабилитация) со 2—3-х суток после операции является противовоспалительный, дегидратирующий, гипокоагуляционный и болеутоляющий эффект.

Гипербарическую оксигенацию (режимы 2020 ГПА—1519 ГПА с экспозицией 50 мин) в первые дни после операции проводят с целью нормализации функций сердечно-сосудистой системы, печени, почек, достижения бактериостатического эффекта, активации эндокринной и иммунной систем, профилактики и лечения парезов кишечника, а также стимуляции рецепторов органов-мишеней, обменных процессов на клеточном и субклеточном уровнях.

Механизм лечебного воздействия радоновых ванн и влагалищных орошений (концентрация 80 мкл/л) включает противовоспалительный, анальгезирующий и седативный эффект. Улучшение гемодинамики, ликвидация отека, нормализация обменных процессов в связи с интенсивным накоплением радиоактивных изотопов в очаге воспаления ведут к восстановлению рецепторной активности тканей половых органов, нормализации функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, усилению продукции катехоламинов и кортикостероидов. Йодобромные ванны и влагалищные орошения наряду с другими по-

ложительными факторами дают выраженный седативный эффект.

Терапия мини-дозами гепарина ведет к нормализации микроциркуляции газовых органов и тем самым способствует быстрейшему заживлению тканей с последующим восстановлением функции оперированных органов.

Эффективной как в плане противорецидивного лечения эндометриоза, восстановления функций репродуктивной системы, так и минимальных побочных действий является терапия «чистыми» гестагенами — норэтистерон-ацетатом (норколют), антигонадотропинами (даназол).

В настоящее время при эндометриозе проводят и иммунокоррекцию с помощью Т-активина под иммунологическим контролем, а также лечение ингибиторами простагландина (индометацин).

10.3.9. ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА¹

У ряда больных эндометриоз носит упорный рецидивирующий характер и лечение представляет большие трудности. Эти женщины страдают изнуряющими болями, длительными кровянистыми выделениями из половых путей, бесплодием, запором. У некоторых больных боли можно купировать лишь инъекцией наркотиков. Часты жалобы на сердцебиение и ноющие боли в области сердца, иногда с иррадиацией в лопатку, плечи, левую руку. В некоторых случаях эти явления расценивают как приступы стенокардии. При электрокардиографии значительных изменений выявить не удается, однако отмечаются синусовая тахикардия, снижение общего вольтажа кардиограммы и амплитуды зубцов *P* и *T*. Зубец *T* может быть изоэлектрическим или отрицательным во II, III и V_{4-6} отведениях. Большинство больных плаксивы, раздражительны, страдают нервными расстройствами.

Неоднократные оперативные вмешательства и длительная терапия эстроген-гестагенными препаратами, гестагенами, у некоторых больных антигонадотропинами эффекта не дают.

Часто имеют место рецидивы эндометриoidных кист яичников, причем очаги эндометриоза могут быть незначительных размеров. При влагалищном исследовании выраженных анатомических изменений выявить не удастся. Как следствие неоднократных операций в малом тазе выражен спаечный процесс. В ряде случаев диагностируют спаечную болезнь, чем и объясняют имеющуюся клиническую симптоматику.

Выраженный болевой синдром, нарушение общего состояния, изменение нервно-психического статуса заставляют прибегнуть к пробному чревосечению. При этом обнаруживается, что маленькие очаги эндометриоза возникли в части яичников, остав-

¹ Раздел написан В. И. Краснопольским.

шейся после резекции эндометриоидных кист. Очаги эндометриоза небольших размеров, иногда в виде синих точек.

Принимая во внимание патогенез и тяжесть течения заболевания, связь клинических проявлений с функцией яичников, производят радикальные операции с обязательным удалением оставшейся овариальной ткани.

Гистологическое исследование удаленных препаратов подтверждает наличие эндометриоза. Как правило, после операции наступает излечение.

В практике гинеколога встречаются больные с тяжелыми, запущенными формами эндометриоза. Такие формы эндометриоза возникают вследствие того, что своевременно не был установлен диагноз и больная не получала необходимого лечения или она длительно не обращалась к врачу. Это, как правило, больные с эндометриоидными кистами яичников, ретроцервикальным эндометриозом, поражением прямой и нередко сигмовидной кишки, ретроцервикальным эндометриозом, прорастающим влагалище и прямую кишку, мочевого пузыря, параметрий.

В отсутствие эффекта кастрации, хотя и редко, приходится производить тяжелые операции, иногда с обширным вмешательством на мочевыводящих путях и толстом кишечнике. Мы полагаем, что их лучше выполнять совместно с урологом либо проктологом.

При операции на кишечнике успех хирургического лечения этих больных в большой мере зависит от тщательности подготовки. Обычно за 5 дней до операции назначают бесшлаковую легкоусвояемую диету высокой энергетической ценности. У больных с поражением дистальных отделов толстой кишки в отсутствие сужения просвета кишки и явлений частичной толстокишечной непроходимости опорожнения толстой кишки достигают слабительными средствами и очистительными клизмами.

При поверхностной локализации эндометриоидного процесса в стенке толстой кишки очистительные клизмы с водой комнатной температуры (до 1 — 1,5 л) назначают за 2 дня до операции. В 16 ч накануне операции больная получает 30 мл касторового масла или 25 % раствор сульфата магния. В 18 и 21 ч ставят очистительные клизмы. Утром также с интервалом в 3 ч ставятся две очистительные клизмы (последнюю не позднее чем за 2 ч до начала операции).

При стенозирующих поражениях толстой кишки эндометриозом подготовку толстой кишки начинают за 6—7 дней до операции также с помощью слабительных средств, очистительных клизм, вазелинового масла.

Частота послеоперационных осложнений зависит от тщательности механической очистки кишечника, особенно там, где хирургу приходится манипулировать при открытом просвете толстой кишки.

При тяжелых запущенных формах сочетанного эндометриоза не менее чем у половины больных в той или иной мере поражаются

мочеточники и мочевого пузыря. В связи с этим необходимы санация мочевыводящих путей и коррекция показателей гомеостаза до операции.

Оперативное пособие при тяжелых, запущенных формах сочетанного эндометриоза, особенно при поражении смежных органов, требует поэтапного подхода. Последовательность выполнения этапов позволяет радикально удалить все очаги эндометриоза, избежать неоправданного риска и излишнего операционного травматизма.

Техника операции. Первым этапом является полное выделение мочеточников, отделение их от эндометриоидного инфильтрата на всем протяжении до впадения в мочевой пузырь. Этот этап выполняется после широкого раскрытия параметрия, когда лигированы, прошиты и пересечены круглые и воронкотазовые или собственные связки яичников и маточные трубы. Вначале тупым путем отслаивают параметрий от заднего листка, по которому идет мочеточник. После выделения мочеточника острым путем окончательно освобождают его от окружающей клетчатки и прослеживают его ход до эндометриоидного инфильтрата либо до мочевого пузыря, если он интактен.

Выделение мочеточника из эндометриоидного инфильтрата производят следующим образом. Мочеточник тоннелизируют в инфильтрате, постепенно рассекая эндометриоидный инфильтрат над ним до места впадения в мочевой пузырь. Затем свободный проксимальный отдел мочеточника поднимают на держалке и острым путем дистальный отдел (уже заднюю стенку) также отделяют от инфильтрата таким образом, чтобы весь его отдел, располагавшийся в эндометриоидном инфильтрате, был полностью свободен и легко смещаем. Таким образом, мочеточник как бы вынимают из сдавливающего его инфильтрата, а сам инфильтрат оставляют и удаляют только после полной мобилизации его.

При прорастании эндометриозом мочеточника и сужении его просвета на две трети на протяжении 1,5—2 см и более выполняют резекцию стенозированного участка мочеточника с наложением неоуретероцистоанастомоза.

Следующий этап — выделение очага эндометриоза и мобилизация матки и прямой кишки. Спаяние матки и передней стенки прямой кишки обычно бывает интимным в связи с разрастанием гетеротопий и развитием соединительнотканых тяжей. Тупым путем отделить матку от кишки не удастся. Мы считаем оптимальным рассечение между двумя деформированными крестцово-маточными связками до неизменной паравагинальной и параректальной клетчатки на две части, расположенные между задней стенкой влагалища и передней стенкой прямой кишки. Одна часть инфильтратов остается на передней стенке прямой кишки, а другая на задней стенке матки и задней стенке влагалища. Такое рассечение и последующее тупое расслоение неизменной паравагинальной и параректальной клетчатки обеспечивают

относительную подвижность прямой кишки и достаточную подвижность матки.

Затем производят экстирпацию матки по общепринятой методике, одновременно резецируя заднюю стенку влагалища в пределах здоровых тканей. Таким образом, удаляют матку, часть задней стенки влагалища и ту часть инфильтрата крестцово-маточных связок, который оставался на матке и задней стенке влагалища. Следует подчеркнуть, что сохранившуюся часть неизменной задней стенки влагалища мобилизуют дополнительно на 2—2,5 см и фиксируют держалками. В дальнейшем эту часть влагалищной трубки используют для укрепления швов анастомоза прямой кишки, что служит одной из мер профилактики тяжелых послеоперационных осложнений.

Третий тип — вмешательство на органах мочевыделительной системы, объем которого определяют на диагностическом этапе. Именно на этом этапе выполняют резекцию участка мочеточника при его стенозе с наложением неоуретероцистоанастомоза. Объем вмешательства на мочевом пузыре зависит от степени поражения его стенки эндометриоидным процессом. При поражении серозного покрова и (или) мышечной стенки эндометриоидный очаг иссекают в пределах здоровых тканей, накладывают на рану отдельные однорядные кетгутовые швы. В тяжелых случаях производят резекцию пораженной стенки мочевого пузыря в пределах здоровых тканей с зашиванием ее дефекта отдельными кетгутовыми швами в два этажа.

Следующий этап заключается в ликвидации эндометриоидного поражения дистальных отделов толстой кишки. При поражении поверхностных оболочек стенки дистальных отделов толстой кишки эндометриоидный инфильтрат иссекают в пределах здоровых тканей вплоть до слизистой оболочки. Целесообразно производить иссечение от верхнего или нижнего полюсов по направлению к центру инфильтрата. Для этого острыми препаровочными ножницами надсекают брюшину кишки, прилегающую непосредственно к инфильтрату, на расстоянии 0,2—0,3 см от него. Инфильтрат в этом отделе захватывают зажимами Алиса и смещают в направлении, противоположном отсепаровке, которую производят как бы под инфильтратом, в мышечном слое пораженной кишки. Поскольку в большинстве случаев эндометриоз поражает стенку толстой кишки до слизистого ее слоя, инфильтрат отсекают практически только в мышечном слое, что позволяет полностью иссечь его, не травмируя кишку. Зашивание раны в этих случаях производят однорядными отдельными капроновыми или шелковыми швами на атравматической игле в поперечном направлении, с последующим восстановлением брюшины.

Если стенка дистальных отделов толстой кишки поражена на всю глубину, но на небольшом участке и без обтурации просвета, то выполняют клиновидную резекцию пораженного участка. Эндометриоидный инфильтрат иссекают из стенки толстой кишки в

пределах здоровых тканей. На рану стенки кишки в поперечном направлении накладывают двухэтажные швы (первый ряд — отдельные вворачивающие швы на слизистую оболочку, второй — отдельные серозно-мышечные швы).

Затем укрепляют линию швов на толстой кишке задней стенкой влагалищной трубки, что обеспечивает максимально благоприятные условия для заживления раны или анастомоза кишки и оттока раневого отделяемого через открытую культю влагалища. Для этого брюшину передней стенки прямой кишки на 1—1,5 см выше ушитой раны или швов анастомоза отдельными кетгутowymi швами соединяют с задней стенкой влагалищной трубки на 2 см ниже края культи влагалища. При этом швы анастомоза или раны кишки плотно прилегают к задней стенке влагалища на 2—2,5 см ниже его культи. Влагалище оставляют открытым (по типу перитонизации по Брауде), а пузырно-маточную складку наглухо фиксируют к серозной оболочке передней стенки прямой кишки на 2—3 см выше уровня культи влагалища непрерывным кетгутowym швом, одновременно переходя на широкие связки матки и погружая культю придатков в параметрий. Это позволяет полностью отграничить брюшную полость от области операции на толстой кишке и обеспечить надежную профилактику перитонита.

Эндометриоидный инфильтрат может распространяться от ректосигмоидного отдела до границы с нижеампулярным отделом прямой кишки, а в сравнительно редких случаях ниже и по окружности. Если эндометриозом поражены передняя и боковые стенки, но просвет кишки не обтурирован, то выполняют резекцию передней и боковых стенок в пределах здоровых тканей. При низкой локализации эндометриоидного инфильтрата (на уровне нижеампулярного отдела прямой кишки) возникает необходимость в мобилизации передней и боковых стенок прямой кишки. Выполняют резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной в заднепроходный канал. Затем накладывают анастомоз. В этих случаях операцию производят по общим правилам, с участием проктолога.

В очень редких случаях эндометриоз захватывает червеобразный отросток. Чаще всего это наблюдается при формировании эндометриоидного конгломерата, в который вовлекаются гениталии и кишечник. Именно в этих случаях происходит поражение червеобразного отростка. Его необходимо удалять при интимном спаянии отростка с конгломератом и инфильтрации его стенки или обнаружении на серозной поверхности червеобразного отростка эндометриоидных очагов. Если спайки, фиксирующие отросток к конгломерату, рыхлые, а стенка его не инфильтрирована, то достаточно разъединить сращения и отделить червеобразный отросток от эндометриоидного конгломерата.

Техника аппендэктомии. После выделения червеобразного отростка из конгломерата приступают к скелетированию червеобразного отростка. Брыжейку его постепенно от-

секают между кровоостанавливающими инструментами до стенки слепой кишки. Зажатую инструментами ткань брыжейки перевязывают с прошиванием. Затем на стенку слепой кишки вокруг основания червеобразного отростка накладывают серо-серозный кисетный шов. Основание приподнятого отростка пережимают и в этом месте раздавленный зажимом сегмент перевязывают тонкой кетгутовой лигатурой. Затем по краю, обращенному в сторону слепой кишки, дистальнее места перевязки отросток снова пережимают, после чего скальпелем отсекают ниже зажима и удаляют. Культю червеобразного отростка погружают в кисетный шов анатомическим пинцетом. Поверх кисетного дополнительно накладывают Z-образный шов.

В редких случаях, когда отросток как бы врастает в эндометриоидный конгломерат и его анатомические границы определяют с трудом, приходится выполнять ретроградную аппендэктомию. На слепой кишке отыскивают основание червеобразного отростка. Непосредственно рядом с отростком диссектором прокалывают его брыжейку, через полученное отверстие протягивают держалку. Затем лигируют и пересекают брыжейку на ближайшем интактном участке. Если дальнейшее лигирование брыжейки отростка возможно, то его производят постепенно, в несколько приемов по направлению к верхушке червеобразного отростка. Если нет, то на слепую кишку накладывают кисетный шов, отросток отсекают у основания, культю погружают в слепую кишку кисетным и Z-образными швами. Дистальную часть червеобразного отростка натягивают с помощью инструмента и острым путем выделяют его из эндометриоидного конгломерата, лигируя по частям его брыжейку, если это не удалось сделать сразу. Необходимо удалить всю верхушку отростка.

При вмешательстве на органах мочевыводящей системы неизменным условием профилактики послеоперационных осложнений является обеспечение постоянного оттока мочи. Целесообразно использовать постоянный катетер, а при неоуретероцистоанастомозе и постоянный мочеточниковый катетер.

10.3.10. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз может локализоваться в любом органе. Симптоматика и лечение зависят от того, какой орган поражен. Экстрагенитальная локализация эндометриоза встречается редко.

Мы наблюдали большую с диссеминированным эндометриозом легких, который возник после удаления эндометриоидных кист яичников. В этом случае весьма эффективным оказалось лечение эстроген-гестагенными препаратами.

В практике гинеколога нередко встречаются больные эндометриозом пупка или послеоперационного рубца. При наличии эндометриоза пупка в нем пальпируется плотный болезненный узел багрового цвета (не путать с метастазом рака яичников!).

Нередко во время менструации из него выделяется кровь. Лечение оперативное — иссечение пупка. Если эндометриоз пупка сочетается с генитальным эндометриозом, то операцию проводят одновременно. При эндометриозе послеоперационного рубца последний становится багровым, болезненным. Во время менструации выделяется кровь. Рубец иссекают в пределах здоровой ткани.

Глава 11

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Несмотря на небольшой процент больных с аномалиями развития в популяции, абсолютное число их значительно и за последние годы наблюдается рост этой патологии.

Изучение генеза врожденных аномалий развития уrogenитальной системы привлекает внимание ряда исследователей, поскольку эти пороки не только вызывают тяжелые страдания женщины, но и являются причиной нарушения репродуктивной функции. Ряд исследователей высказывают мнение о возможной роли средовых факторов (интоксикация, температурные воздействия и т. д.) в возникновении пороков развития в периоде эмбриогенеза.

Наследственные факторы в виде хромосомных и генных мутаций также могут быть причиной возникновения пороков развития. При обследовании во ВНИЦОЗМиР Минздрава СССР у 16,6 % больных выявлены хромосомные аберрации, мозаицизм (45, X/46, XX, 45, X/446, XX/47, XX) и перичентрическая инверсия хромосом.

Часто имеет место отягощенная наследственность: самопроизвольные выкидыши у матери, ранняя детская смертность, имеющая неясную причину, нарушение менструальной функции, бесплодные браки, пороки развития у родственников. Возраст родителей превышает 35 лет. Нередко у матерей больных наблюдались стрессовые ситуации, связанные с войной, длительным голоданием, травмой. У ряда больных родители страдали алкоголизмом или имели дело с профессиональными вредностями (химическое производство, радиоактивные вещества).

Часто сочетаются аномалии развития матки, влагалища и мочевыделительной системы. Это обусловлено тем, что названные органы развиваются из общих эмбриональных зачатков мюллеровых и вольфовых протоков. Немалый процент составляют также случаи сочетания с аномалиями развития костной системы (в основном позвоночника) и в редких случаях с аномалиями развития кишечника. Мы наблюдали больную с дополнительной замкнутой сигмовидной кишкой.



1



2



3



4



5



6



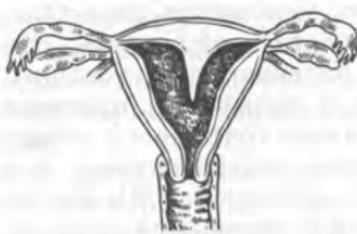
7



8



9



10

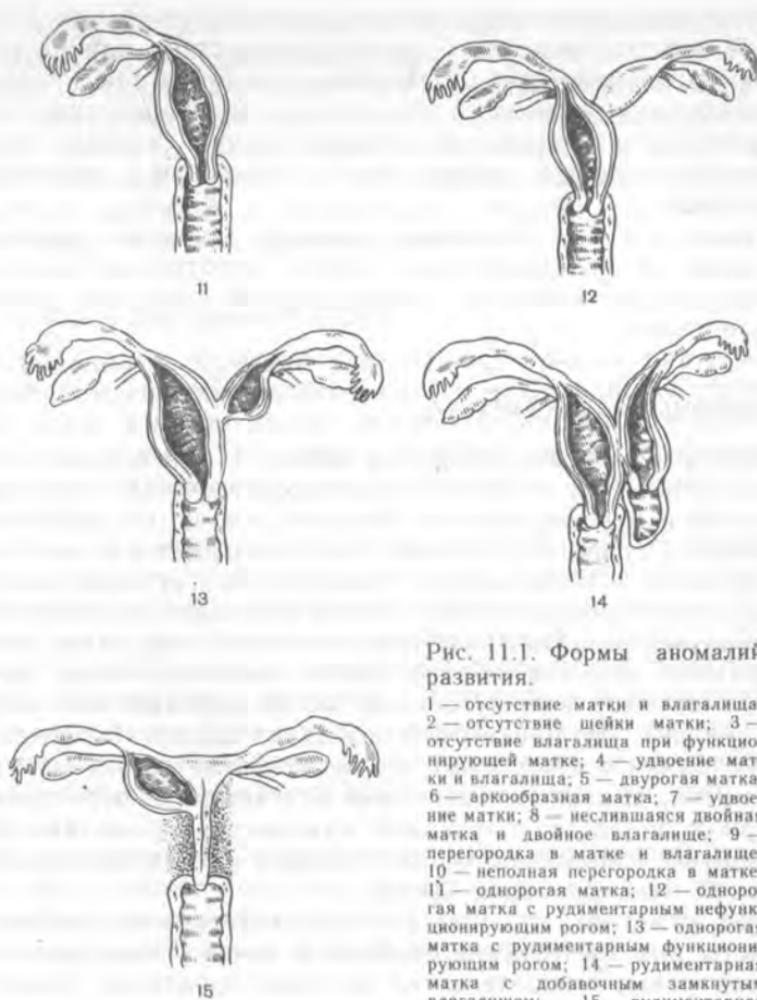


Рис. 11.1. Формы аномалий развития.

1 — отсутствие матки и влагалища; 2 — отсутствие шейки матки; 3 — отсутствие влагалища при функционирующей матке; 4 — удвоение матки и влагалища; 5 — двурогая матка; 6 — аркообразная матка; 7 — удвоение матки; 8 — неслиявшаяся двойная матка и двойное влагалище; 9 — перегородка в матке и влагалище; 10 — неполная перегородка в матке; 11 — однорогая матка; 12 — однорогая матка с рудиментарным нефункционирующим рогом; 13 — однорогая матка с рудиментарным функционирующим рогом; 14 — рудиментарная матка с добавочным замкнутым влагалищем; 15 — рудиментарная функционирующая матка.

11.1. ДИАГНОСТИКА

Пороки развития матки и влагалища отличаются многообразием форм (рис. 11.1).

Диагностика пороков развития матки и влагалища должна основываться на данных анамнеза, клиники, детального гинекологического исследования и результатах дополнительных исследований (рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, экскреторная урография, эхография, гистеросальпингография, лапароскопия и др.), что позволяет определить формы пороков развития не только половых, но и мочевых органов.

Эхография как информативный и безопасный метод исследования показана при уточнении диагноза всех форм аномалий развития матки и влагалища. Рентгенография органов малого

таза в условиях пневмоперитонеума рекомендуется при стойкой первичной альгодисменорее с целью диагностики порока развития матки и влагалища (добавочное замкнутое влагалище, добавочный функционирующий рог матки), при подозрении на аплазию матки и влагалища и дистопию почки (тазовая почка). Исследование особенно эффективно в сочетании с гистеросальпингографией.

Учитывая частоту сочетания пороков развития влагалища, матки, почек и мочевыводящих путей, необходимо выполнять экскреторную урографию в каждом случае аномалии развития половых органов.

11.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Особенности пороков развития матки и влагалища зависят от формы аномалии и могут сопровождаться: 1) отсутствием менструаций и невозможностью половой жизни (аплазия матки и влагалища); 2) полной задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (атрезия девственной плевы, перегородка, аплазия части или всего влагалища при функционирующей матке); 3) односторонней задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (добавочное замкнутое влагалище, добавочный замкнутый рог матки); 4) привычным невынашиванием беременности (внутриматочная перегородка), затруднениями при половой жизни (две матки, полная или неполная влагалищная перегородка).

В период полового созревания клинически проявляются пороки развития, сопровождающиеся полной или частичной задержкой оттока менструальной крови.

Следует отметить, что при аномалиях развития половых органов часты диагностические ошибки, в связи с чем производят не те оперативные вмешательства, которые показаны. Это объясняется недостаточным знакомством врачей с такого рода патологией. Между тем ежемесячно повторяющиеся боли внизу живота и наличие опухолевидного образования в малом тазу у девочек пубертатного возраста всегда должны наводить на мысль об аномалии развития половой системы.

Болевой синдром типичен для всех видов аномалий развития, однако интенсивность и характер боли имеют особенности, обусловленные формой порока развития. При атрезии девственной плевы, аплазии части влагалища и удвоении влагалища и матки с частичной аплазией одного влагалища наиболее характерны периодически повторяющиеся, нарастающие по интенсивности, ноющие боли. Для девушек с аплазией всего влагалища при функционирующей матке и больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки более типичны первично-схваткообразные боли, быстро становящиеся постоянными, нарастающими по интенсивности. Наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается у девушек с аплазией всего влагалища

при функционирующей матке и у больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки.

Хотя состояние девушек с нарушением оттока менструальной крови, обусловленным аномалией развития гениталий, нередко требует срочного оперативного вмешательства, таких больных лучше транспортировать в специализированный стационар для уточнения диагноза и проведения операции, которая нередко представляет значительные трудности.

11.2.1. АТРЕЗИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

У больных с атрезией девственной плевы при достаточно выраженном гематокольпозе имеется выбухание слизистой оболочки входа во влагалище синюшного оттенка, которое хорошо видно при осмотре наружных половых органов. Лечение этой патологии заключается в рассечении девственной плевы. (рис. 11.2).

Техника операции. Крючками Фарабефа раздвигают в стороны область входа во влагалище. Растянутая девственная плева имеет вид сине-багрового выпячивания. По наиболее выпуклой части ее производят крестовидный разрез (рис. 11.3). Из влагалища при этом выделяется содержимое гематокольпоза в виде дегтеобразной жидкости. Влагалище промывают раствором фурацилина. Затем края разреза обшиваются узловатыми кетгутowymi швами (следует пользоваться тонким кетгутом). Сильного кровотечения во время этой операции, как правило, не бывает.

Можно применять и другой метод: из выпяченной девственной плевы выкраивают овальный лоскут, а на края ее кетгутом накладывают узловые швы (рис. 11.4).

Исход оперативного лечения благоприятный.

11.2.2. АПЛАЗИЯ ОДНОЙ ИЛИ ДВУХ ТРЕТЕЙ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ВЛАГАЛИЩА

Более трудна диагностика в тех случаях, когда отсутствует одна или две трети влагалища. Боли появляются раньше. При ректоабдоминальном исследовании по центру таза выявляется опухолевидное образование, иногда в форме песочных часов. При растянутой шейке матки образуется общее вместилище для менструальной крови (растянутые матка, шейка и влагалище), которое пальпируется в виде образования по центру таза овальной или круглой формы.

Хирургическая коррекция сводится к восстановлению проходимости влагалищной трубки путем рассечения перегородки, низведения краев, как правило, растянутого влагалища и подшивания их к области входа во влагалище.

Техника операции. Крючками Фарабефа или подъемниками обнажают область перегородки. Затем толстой иглой пунк-

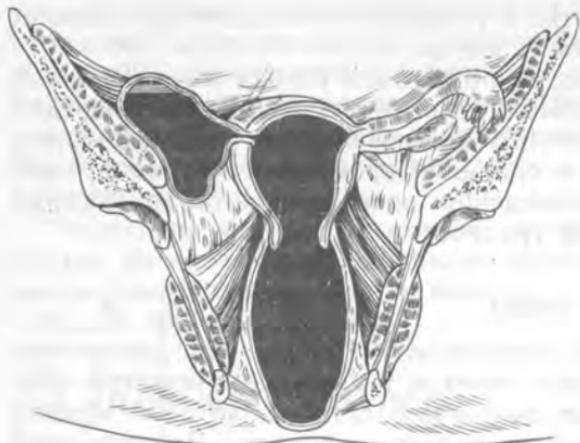


Рис. 11.2. Атрезия девственной плены. Гематокольпос. Гематометра. Гематосальпинкс.

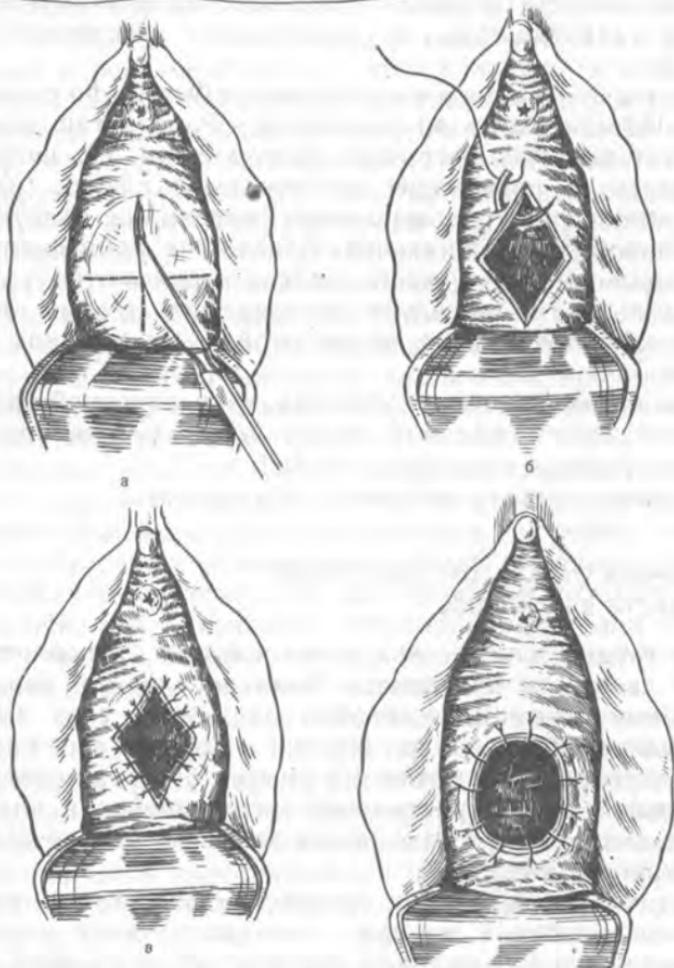


Рис. 11.3. Рассечение девственной плены.
 а — крестообразный разрез; б — обшивание краев девственной плены;
 в — девственная плева обшита.

Рис. 11.4. Овальное иссечение девственной плены.

тируют ее, чтобы убедиться, что игла находится в растянутой верхней части влагалища. При пункции из иглы появляется дегтеобразная жидкость. Скальпелем по игле рассекают перегородку в поперечном направлении. Рассечение должно быть произведено на протяжении 3—4 см, чтобы в дальнейшем не произошло сужения влагалища в этом участке. Стенки вышележащего отдела влагалища захватывают, низводятся и подшиваются к его нижележащим отделам узловатыми кетгутowymi швами. Таким образом восстанавливают проходимость влагалищной трубки. Перед соединением стенок выше- и нижележащих отделов влагалища необходим тщательный гемостаз во избежание возникновения гематом. Во влагалище на 1—2 дня можно ввести тампон, пропитанный какой-либо эмульсией. При правильном сшивании стенок влагалища стриктуры его не происходит.

11.2.3. АПЛАЗИЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ВЛАГАЛИЩА

Более сложная ситуация создается в тех случаях, когда отсутствует верхняя треть влагалища. При этом почти всегда наблюдается недоразвитие шейки матки. Боли возникают рано. При ректоабдоминальном исследовании пальпируют округлое болезненное образование по центру таза. Во время операции производят опорожнение матки, но поскольку отсутствует канал шейки матки, впоследствии возникает рубцевание отверстия в стенке матки. Повторные вмешательства в виде бужирования и рассечения рубцовых тканей эффекта не дают, и часто приходится удалять матку.

При полном отсутствии влагалища и функционирующей матке, если имеется ее шейка (это в редких случаях), создают искусственное влагалище одним из описанных ниже методов (см. методы кольпопоза).

В тех случаях, когда удается произвести опорожнение гематомы через канал шейки матки и вшить ее в верхний купол влагалища, операция является успешной. Если же опорожнение осуществляют через искусственно созданное отверстие в матке и этот участок подшивают к куполу влагалища, то отверстие вскоре облитерируется и вновь возникает гематометра.

Для того чтобы оценить состояние канала шейки матки можно рассечь матку по дну и маточным зондом определить, имеется ли канал. Если он отсутствует, то целесообразнее удалить матку. В некоторых случаях делают попытки ввести протектор в искусственно созданный канал шейки матки, но они, как правило, оканчиваются неудачей. После удаления протектора происходит рубцевание стенки матки и вновь возникает гематометра.

11.2.4. ГЕМАТОМЕТРА И ГЕМАТОСАЛЬПИНКС

Если больным с полной задержкой оттока менструальной крови операцию производят с опозданием (это бывает часто), то по-

является гематометра, затем гематосальпинкс. Менструальное кровотечение сопровождается сильными болями. В случае присоединения инфекции содержимое матки и маточных труб нагнаивается. Температура тела повышается, боли усиливаются. Возникают перитонеальные явления. В малом тазе пальпируются резко болезненные опухолевидные образования. Больные нуждаются в срочной операции.

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, осмотра наружных половых органов и ректального исследования. Матку и маточные трубы приходится удалять.

11.2.5. ДОБАВОЧНЫЙ ЗАМКНУТЫЙ ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ РОГ МАТКИ

При этой патологии частично нарушается отток менструальной крови. Клиническая картина характеризуется рано возникшим, резко выраженным болевым синдромом. Менструальный цикл не нарушен, что затрудняет распознавание патологии. Ультразвуковое и рентгенологическое исследование помогает уточнить диагноз.

Одним из действенных дополнительных методов исследования является экскреторная урография, так как удвоение влагалища и матки с частичной аплазией замкнутого рога матки в 60 % случаев сопровождается отсутствием почки на стороне замкнутого рога матки. У половины из них отсутствуют не только почка, но и придатки. Эти больные нуждаются в чревосечении и удалении рудиментарной матки.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости матку выводят в рану. Осуществляют ревизию органов малого таза. Накладывают зажимы на мезосальпинкс со стороны замкнутого рога матки, собственную связку яичника и ребро матки. Связки пересекают. Замкнутый рог матки удаляют. В некоторых случаях, если рог располагается низко и от него отходит круглая связка, ее также пересекают и при необходимости вскрывают пузырно-маточную складку. После удаления добавочного рога матки связки лигируют. Перитонизацию осуществляют за счет круглой связки и пузырно-маточной складки.

11.2.6. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАМКНУТОЕ ВЛАГАЛИЩЕ

Диагностировать эту патологию очень трудно. Стойкая первичная альгоменорея, кровянистые мажущие или гнойные выделения из влагалища, иногда наличие опухолевидного образования в малом тазе позволяют заподозрить аномалию развития. У 100 % этих больных имеет место аплазия почки на стороне замкнутого влагалища.

Дополнительное замкнутое влагалище располагается, как правило, в боковых сводах основного и пальпируется как тугоэластическое образование. Полость его соединена с хорошо раз-

витым каналом шейки матки. В связи с этим во время менструации отделяемое имеется, но так как отверстие малое, то кровь скапливается в дополнительной полости. Часто там возникает нагноение, сопровождающееся гнойными выделениями с ихорозным запахом. Замкнутое влагалище редко располагается в переднем своде. В очень редких случаях дополнительное замкнутое влагалище существует длительное время. Мы наблюдали больную, у которой замкнутое влагалище в виде большого гнойного мешка было вскрыто в возрасте 54 лет.



Рис. 11.5. Рассечение продольной перегородки влагалища.

Техника операции. Влагалище обнажают в зеркалах. При этом становится хорошо видимым выбухающий участок в одном из сводов влагалища. Стенку выбухающего участка захватывают длинными зажимами Кохера и прокалывают между ними колющими движениями скальпеля. При этом выделяется содержимое дополнительного влагалища, как правило, гнойная жидкость. Из стенки замкнутого влагалища иссекают участок ткани, размер которого зависит от величины замкнутого влагалища: «окно» в стенке влагалища должно быть достаточным для создания хорошего оттока. После вскрытия замкнутого влагалища в глубине его пальпируется маленькая шейка рудиментарной матки. Края стенки влагалища обшивают узловатыми кетгутовыми швами. Исход хирургического лечения благоприятный.

11.2.7. СРЕДИННАЯ ПЕРЕГОРОДКА ВЛАГАЛИЩА

Иногда перегородка делит влагалище на две неравные части. Рассекать перегородку следует только в том случае, если она мешает женщине при половой жизни (рис. 11.5).

Техника операции. Во влагалище вводят зеркала, перегородку последовательно пережимают двумя зажимами и рассекают до шейки матки. На ткани перегородки тщательно накладывают узловые кетгутовые швы. В дальнейшем перегородка имеет вид невысокого гребня.

11.3. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

11.3.1. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДВУХ МАТОК

Чаще встречаются две матки при наличии одной шейки матки, причем последняя отходит от поперечного тяжа, на концах которого располагаются матки. От каждой матки обычно отхо-

дят круглая связка, собственная связка яичника и маточная труба. Производят рассечение маток по внутренним ребрам, а затем соединяют их узловыми кетгутowymi швами, в результате чего формируется одна матка. Впоследствии она может оказаться вполне полноценной, так как возможны доношенные беременности. Родоразрешение производят кесаревым сечением. Рубца на матке, имеющей правильную форму, можно не обнаружить. Такую операцию удается произвести в редких случаях.

11.3.2. МЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ДВУРОГОЙ МАТКЕ

Операцию производят следующим образом. После рассечения брюшной стенки матку выводят в рану. По внутренней поверхности рога матки делают разрез, вскрывая ее полость, и переходят на другой рог. Необходимо помнить об опасности травмирования трубных углов обоих рогов матки. После рассечения накладывают швы в два этажа в сагиттальном направлении: один этаж — швы кетгутom, не прокалывая слизистую оболочку матки; другой — серозно-мышечные швы, лучше лавсановыми нитями. Перед зашиванием матки в нее вставляют спираль, чтобы предотвратить возникновение внутриматочных синехий (рис. 11.6).

Некоторые авторы рекомендуют производить полукруглый разрез с выпуклостью вниз между круглыми связками, а затем восстанавливать целостность матки в продольном направлении.

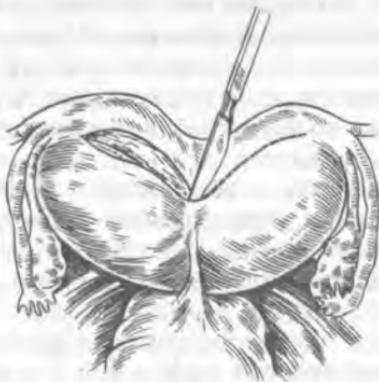
11.3.3. МЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКЕ

При наличии перегородки в полости матки производят операцию Штрассмана.

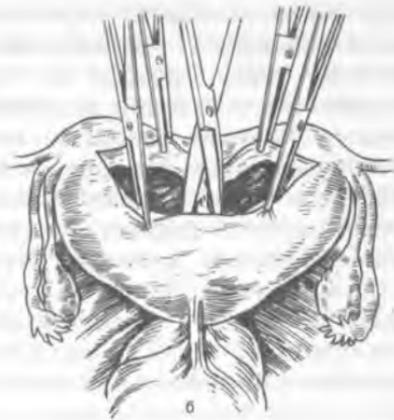
После вскрытия брюшной полости матку выводят в брюшную рану. Дно ее рассекают от одного угла до другого (надо следить, чтобы не травмировать место впадения маточных труб в матку). После этого становится доступной перегородка в полости матки, которую иссекают, как правило, ножницами. Путем наложения узловых кетгутowych швов или коагуляции кровоточащих участков осуществляют гемостаз, затем в матку вводят внутриматочную спираль, нити которой выводят через канал шейки матки. Спираль необходима для того, чтобы избежать синехий. Дно матки ушивают узловыми кетгутowymi швами в два этажа. Желательно при этом не захватывать ее слизистую оболочку (профилактика эндометриоза).

11.3.4. ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

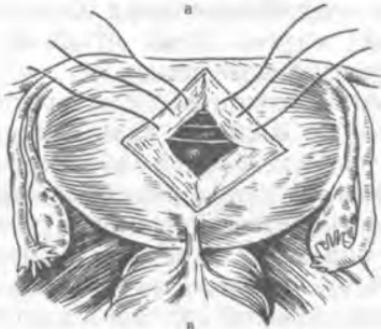
Для больных характерны низкий рост, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, оволосение по мужскому типу, гипертрофия клитора, уrogenитальный синус. Больные имеют разви-



а



б



в

Рис. 11.6. Метропластика при двурогой матке (операция Штрайсмана).

а — поперечный разрез дна матки; б — иссечение ножницами перегородки; в — наложение швов на матку в продольном направлении.

тое влагалище, матку и яичники. Кроме терапии глюкокортикоидами, больные нуждаются в хирургической коррекции нарушенных половых органов.

Ампутация клитора. Больную укладывают на кресло. После обработки операционного поля клитор захватывают и подтягивают вверх. Кожу вокруг него осторожно, чтобы не поранить уретру, рассекают овальным разрезом. Затем на основание клитора накладывают крепкие зажимы и отсекают его. Культю обшивают крепкими синтетическими нитями. Клитор имеет обильное кровоснабжение, поэтому необходим тщательный гемостаз. Накладывают тонкие синтетические швы на кожу или внутрикожный кетгутовый шов, чтобы впоследствии не снимать эти нити, особенно если операцию производят в детском возрасте.

Рассечение урогенитального синуса. Во влагалище вводят желобовидный зонд или пинцет и с его помощью выпячивают участок промежности, подлежащий рассечению. Скальпелем или ножницами рассекают его до задней стенки влагалища. Края разреза обшивают узловыми кетгутовыми швами.

11.3.5. АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА

Больные, которых оперируют по поводу отсутствия влагалища, могут быть разделены на три группы. Первую, наиболее многочисленную группу составляют женщины с выраженными

вторичными половыми признаками. Большинство из них пропорционального телосложения, женственны и изящны. Принадлежность этих особей к женскому полу подтверждается данными исследования полового хроматина и кариотипа (XX). Имеются хорошо развитые яичники, которые обнаруживаются при чревосечении, в процессе кольпопозза.

Вторая группа, значительно меньшая, — женщины с нарушением половой дифференцировки. Среди этих больных имеются особи с ложным мужским гермафродитизмом. Внешне их тело имеет женское строение с развитыми молочными железами. Однако в области больших половых губ, в паховых областях или в брюшной полости располагаются яички. Отмечается низкое содержание полового хроматина. Хромосомный набор XY. У многих из этих больных имеется слепо заканчивающееся влагалище, вполне пригодное для половой жизни. Реже отмечается аплазия влагалища и больные нуждаются в операции.

Наконец, встречаются больные с кариотипом XY, гипертрофией клитора, гирсутизмом. Молочные железы, влагалище у них отсутствуют. Половые железы располагаются в складках неразвившейся мошонки, паховых каналах или брюшной полости. Анатомическое строение наружных половых органов, уретры и промежности имеет особенности: наружное отверстие уретры открывается несколько ниже, чем обычно, область входа во влагалище выражена недостаточно, промежность низкая. Расстояние от наружного отверстия уретры до наружного отверстия заднего прохода составляет не более 1,5 см, что существенно затрудняет расщепление ректовезикальной клетчатки и увеличивает риск ранения соседних органов.

Кольпопоз — создание искусственного влагалища (от греч. *colpos* — влагалище, *poesis* — создавать). С конца прошлого века предложен ряд методов и их модификаций создания искусственного влагалища от простого расщепления ректопузырного пространства до применения ауто- и гетеротрансплантатов.

Первую операцию по поводу отсутствия влагалища произвел в 1810 г. G. Dupuytren, который, пытаясь избавить женщину от страданий при нарушении оттока менструальной крови, связанном с отсутствием влагалища, сформировал ход между мочевым пузырем и прямой кишкой и опорожнил гематометру. Операции подобного рода оканчивались неудачей, так как, несмотря на бужирование и введение протезов, ложе вновь созданного влагалища не успевало покрыться эпителиальной выстилкой до того, как происходило его сморщивание и рубцевание.

К. Ф. Гепнер (1872) одним из первых использовал для выстилки канала аутоотрансплантат. Он применил лоскут кожи, взятый из бедра. Эту методику модифицировал С. Crede (1884). Затем было предложено много методов, которые отличались друг от друга величиной и формой трансплантированного лоскута, но по сути дела повторяли методы, предложенные К. Ф. Гепнером и С. Crede.

В 1888 г. С. Г. Шалита предложил выстилать канал влагалища путем пересадки свободных лоскутов по Тиршу. В дальнейшем эту методику применяли многие авторы. Для фиксации трансплантата использовали протезы и каркасы. Позднее для создания искусственного влагалища стали применять тонкие кожные лоскуты, взятые конхотомом или дерматомом. Однако в таких случаях часто возникали осложнения, связанные с некрозом или отторжением кожного лоскута, а также сморщиванием вновь образованного влагалища. Кроме того, на пересаженной коже продолжался рост волос.

Были сделаны попытки использовать для эпителизации влагалища стенку серозной кистомы яичника. В 1934 г. была предложена методика создания искусственного влагалища с помощью плодных оболочек. Эффективность этих операций была невысокой (И. Д. Арист и др.). Попытки применения гетеротрансплантатов оказались неэффективными.

Основоположником кольпопоза с помощью кишечной трубки является В. Ф. Снегирев (1892), использовавший с этой целью дистальный отрезок прямой кишки. Далее применялись различные модификации метода [Попов Д. Д., 1909; Шуберт С., 1911]. Но в конце концов хирурги отказались от этого метода, так как операция вызывала большое число осложнений и, кроме того, сама операция была достаточно сложной.

В 1904 г. D. Baldwin впервые применил для создания искусственного влагалища тонкую кишку. Эта методика была модифицирована рядом авторов с различными вариантами. Она имела тот недостаток, что в пересаженной тонкой кишке продолжалась секреция и больные очень страдали от этого. Операция давала большое число осложнений. В настоящее время кольпопоз из тонкой кишки не применяется.

Следующим этапом было использование толстой, а именно сигмовидной кишки для создания влагалища. М. С. Александров (1932) выполнил эту операцию, создавая двустольное влагалище. Е. Е. Гиговский (1949) детально разработал операцию однорукавного кольпопоза из сигмовидной кишки, которая производится и в настоящее время.

Возможность тяжелых осложнений значительно снижает ценность метода, поэтому естественны попытки хирургов разработать более простые и безопасные методы операций. Это особенно важно, так как операции производят по относительным показаниям.

Первая попытка использовать в качестве пластического материала тазовую брюшину принадлежит Д. О. Отту. Однако метод не получил распространения. Лишь в 1933 г. М. И. Ксидо произвел кольпопоз с помощью брюшины малого таза. Брюшину малого таза как пластический материал использовали И. Д. Арист, С. Н. Давыдов и др.

В последние годы производили выстилку ложа влагалища аллопластическими материалами [Капелюшник Н. Л. и др.,

1965]. Метод заключается в том, что после создания ложа для искусственного влагалища стенки его покрывают различными полимерами (сетка из капрона, лавсана, тефлона и т. д.). Удавалось создать полноценное влагалище, так как происходили нарастание эпителия на аллопластическую сетку и полная его эпителизация.

При аплазии влагалища и матки у больных с женским кариотипом в малом тазе обнаруживается фиброзно-мышечный тяж с булавовидными утолщениями на концах. От этих утолщений, которые являются рудиментами матки, отходят круглые связки, маточные трубы и собственные связки яичников. Яичники, как правило, хорошо развиты. При наличии кариотипа ХУ малый таз «пустой», рудиментов матки нет, иногда у стенок таза определяются яичники. У некоторых больных молочные железы не развиты. В этих случаях после кольпопозеза целесообразно рекомендовать женщине протезирование молочных желез. Этим занимаются общие хирурги.

Операцию производят следующим способом. В подмышечной области делают надрез, расслаивают ткани и вводят протез молочной железы так, чтобы сосок располагался на его середине. Разрез в подмышечной области зашивают и впоследствии волосы скрывают его. Созданные таким образом молочные железы внешне не отличить от настоящих. Эта операция ликвидирует чувство неполноценности у больных и естественно меняет их облик.

Техника операции. При всех методах оперативного лечения аплазии влагалища ответственным моментом операции является создание ложа для будущего влагалища, так как всегда имеется опасность ранения мочевого пузыря или прямой кишки. Этот этап операции присутствует при любом методе создания влагалища (рис. 11.7).

Больную укладывают на операционном столе в положении на спине с ногами, разведенными на ногостержателях. Таз должен располагаться таким образом, чтобы он не мешал манипуляциям с влагалищными зеркалами. После обработки операционного поля крючками Фарабефа или каким-либо другим инструментом в зависимости от навыка хирурга разводят малые половые губы в стороны достаточно широко. Затем скальпелем делают разрез в области входа во влагалище длиной 3—4 см. Разрез должен быть таким, чтобы была рассечена не только слизистая оболочка, но и фасция, т. е. достаточно глубоким (1—1,5 см). После вскрытия фасциальной пластинки можно введением двух пальцев, продвигая их строго вперед, расслоить клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины малого таза. Движения пальцев в стороны позволяют сделать канал достаточно широким для того, чтобы затем расположить там трансплантат.

Можно использовать другой прием. После рассечения входа во влагалище, вводя все глубже зеркало, расслаивают клетчат-

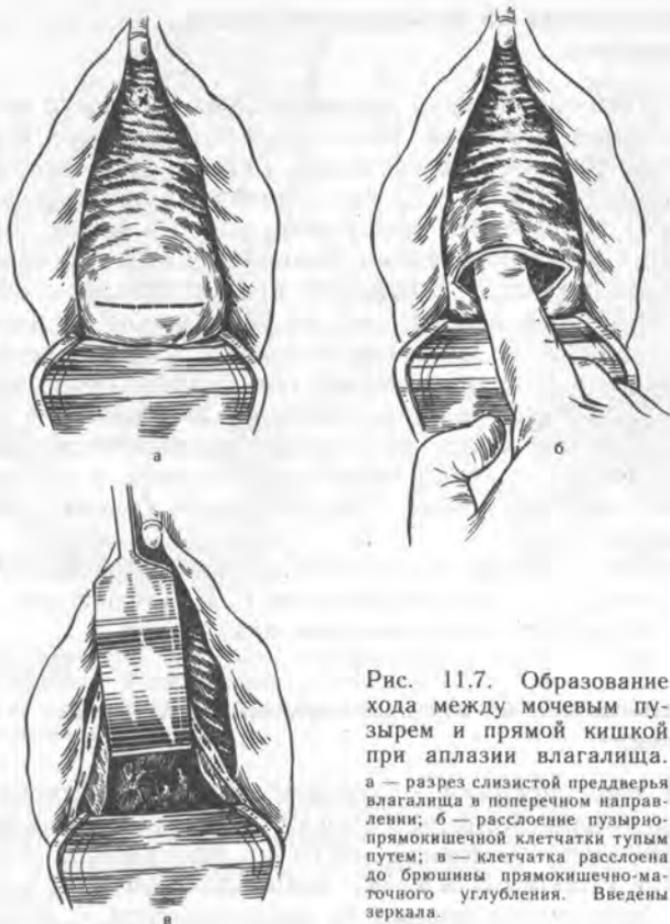


Рис. 11.7. Образование хода между мочевым пузырем и прямой кишкой при аплазии влагалища.

а — разрез слизистой преддверья влагалища в поперечном направлении; б — расслоение пузырно-прямокишечной клетчатки тупым путем; в — клетчатка расслоена до брюшины прямокишечно-маточного углубления. Введены зеркала.

ку между мочевым пузырем и прямой кишкой. Брюшина тазового дна несколько провисает и просматривается как тонкая пластинка бледно-желтого цвета. Если удастся попасть точно в слой, то расслоение ткани происходит без большого труда и вся процедура занимает несколько минут. Если же разрез сделан слишком близко к прямой кишке, то, расслаивая ткани, легко можно ранить прямую кишку.

Рану на кишечнике зашивают, а затем продолжают операцию. При низведении кишка или брюшина закрывает рану на кишке и это будет способствовать заживлению. Так же поступают при ранении мочевого пузыря. После ушивания раны операцию заканчивают по заранее намеченному плану. В мочевом пузыре оставляют постоянный катетер на 5—7 дней.

После ранения кишечника больной следует назначить жидкую пищу, но клизму не ставить, т. е. вести ее так же, как после ушивания ректовагинальных свищей. При ранении соседних органов обязательна антибактериальная терапия.

11.3.5.1. Кольпопоз из сигмовидной кишки по Александрову

Первый этап операции — создание ложа будущего влагалища описанным выше способом. На втором этапе осуществляют поперечное надлобковое чревосечение. Резецируют отрезок сигмовидной кишки длиной 20—25 см. Пройодимость кишечника восстанавливают наложением анастомоза конец в конец. Затем просвет кишки на участке резекции зашивают с обеих сторон и кишку перегибают пополам. Брыжейку кишки предварительно надрезают до корня, но необходимо следить, чтобы не нарушалось ее кровоснабжение. С помощью марлевой полоски через отверстие, сделанное в брюшине малого таза, кишку проводят в ложе влагалища. Брюшную полость зашивают послойно.

На третьем этапе кишку вытягивают до области входа во влагалище, рассекают в продольном направлении и подшивают к области входа во влагалище. Таким образом создают двухствольное влагалище.

В настоящее время кольпопоз сигмовидной кишки наиболее часто производят в модификации Е. Е. Гиговского, который предложил создавать одноствольное влагалище.

11.3.5.2. Кольпопоз из отрезка сигмовидной кишки по Гиговскому

Первый этап операции — создание ложа искусственного влагалища. На втором этапе резецируют отрезок сигмовидной кишки в ее наиболее подвижной части на протяжении 10—12 см. С дистальной стороны брыжейку надрезают почти до корня, чтобы создать большую подвижность трансплантата. С проксимальной стороны вполне достаточно подсесть брыжейку на протяжении 3 см. Сначала рассекают серозный покров брыжейки, а затем, тщательно следя за гемостазом и перевязывая сосуды, — клетчатку.

После рассечения брыжейки дистальный конец резецированной кишки зашивают наглухо двухрядным кетгутовым или капроновым швом. На нижний конец кишки накладывают кисетный шов из крепкой шелковой лигатуры с погружением внутрь ее слизистой оболочки. За шелковые лигатуры резецированную кишку низводят в ложе влагалища. Надо следить, чтобы брыжейка не перекрутилась и не нарушилось кровоснабжение кишки. При резекции необходимо, чтобы одна сосудистая арка осталась на трансплантате. Перед низведением кишки в брюшине малого таза делают разрез над выпячивающим ее корнцангом. Разрез должен иметь достаточную длину (3—4 см). Трансплантат целиком следует ввести в ложе влагалища. Купол его соединяют с брюшиной малого таза. Пройодимость кишечника восстанавливают наложением анастомоза конец в конец или бок в бок (рис. 11.8). Брюшную полость зашивают наглухо. Если у



Рис. 11.8. Чревосечение. Отрезок сигмовидной кишки резецирован и прикреплен к тампону. Пройодимость кишки восстановлена наложением анастомоза конец в конец.

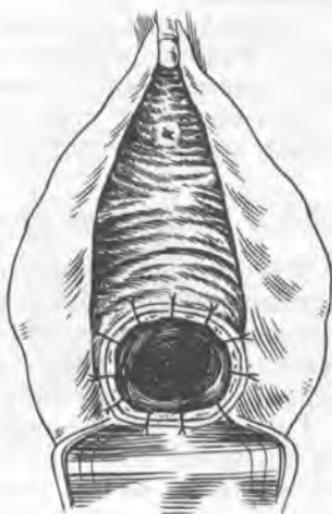


Рис. 11.9. Сигмовидная кишка низведена и подшита к преддверью влагалища.

хирурга есть сомнения в асептичности операции, то лучше оставить в брюшной полости дренаж, который даст возможность вводить в брюшную полость антибиотики, а также удалять из нее отделяемое.

На третьем этапе кисетный шов на дистальном конце кишки распускают. Просвет кишки обрабатывают дезинфицирующим раствором и отдельными кетгутовыми швами подшивают кишку к области входа во влагалище (рис. 11.9). Больные нуждаются в тщательной предоперационной подготовке, такой, какая проводится перед операцией на кишечнике. Это очень важно, чтобы обеспечить успех операции и избежать осложнений.

В настоящее время операция кольпопоза из сигмовидной кишки по методу Гиговского является наиболее приемлемой, поскольку создается полноценное влагалище, пригодное для половой жизни, резецируется значительно меньший отрезок кишки, чем при операции Александрова, и женщина не испытывает таких неудобств, как при создании двухствольного влагалища. На всю жизнь остается пограничное кольцо между слизистой оболочкой кишки и областью входа во влагалище. Замещения слизистой оболочки кишки слизистой и эпителием влагалища так, как при других методах кольпопоза, не происходит. Нарушение герметичности кишечника после операции, хотя и не часто, осложняется несостоятельностью швов анастомоза и каловым перитонитом.

При наличии матки шейку ее вшивают в купол созданного влагалища.

Наблюдались случаи, когда у женщины возникала беременность. Родоразрешение при доношенной беременности производили путем кесарева сечения.

При операции создания искусственного влагалища из сигмовидной кишки возможно применение механического шва.

11.3.5.3. Кольпопоз из тазовой брюшины

В настоящее время кольпопоз из тазовой брюшины получил широкое распространение. При этом удачно и без технически сложных приемов решается вопрос о кровоснабжении пластического материала и не возникает тяжелых осложнений в послеоперационном периоде.

Техника операции по Давыдову. Первым этапом является создание канала между мочевым пузырем и прямой кишкой. Автор рекомендует для более свободного последующего низведения брюшины достаточно широко освободить ее от передней стенки прямой кишки и мочевого пузыря. Свободный участок брюшины в глубине раны должен иметь диаметр не менее 5—7 см. Затем туго заполняют сформированный канал марлевым тампоном.

На втором этапе производят лапаротомию. Центр рудимента матки прошивают, за лигатуру рудимент отводят кпереди. Становится хорошо заметной выпуклость в области прямокишечно-маточного углубления, образованная введенным со стороны ложа влагалища тампоном. По выпуклости брюшины в поперечном направлении делают разрез длиной 4—5 см. Тампон извлекают. Ассистент вводит во влагалище ложкообразное зеркало. Хирург на передний, задний и боковые участки брюшины накладывает четыре кетгутовые лигатуры. Ассистент со стороны ложа влагалища поочередно протягивает лигатуры и подводит брюшину ко входу во влагалище. Края брюшины подшивают к слизистой оболочке входа во влагалище кетгутовыми узловыми швами.

Третий этап заключается в создании верхнего купола влагалища, который, кроме того, должен отсоединить брюшную полость от влагалища. Для этого используют рудимент матки с булавовидными расширениями, брюшину подвешивающих связок и переднюю поверхность прямой кишки. Потягивая за лигатуру, складывают пополам фиброзно-мышечный рудимент матки. Обе половины его сшивают между собой, захватывая также булавовидные расширения по краям рудимента. Затем сшивают между собой листки брюшины, покрывая подвешивающие связки. Надо следить за тем, чтобы нижний отрезок сигмовидной кишки не сдавливался. Брюшную полость зашивают послойно.

Метод трехэтапного брюшинного кольпопоза должен применяться в тех случаях, когда по каким-либо причинам (наличие дистопированной почки затрудняет отсепаровку брюшины, за-

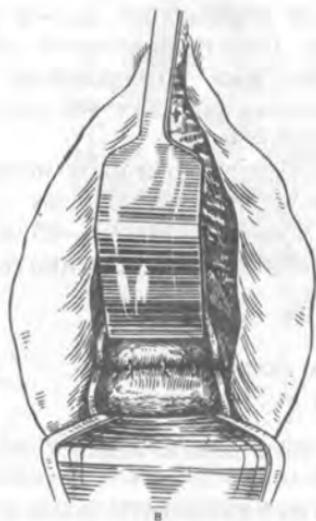
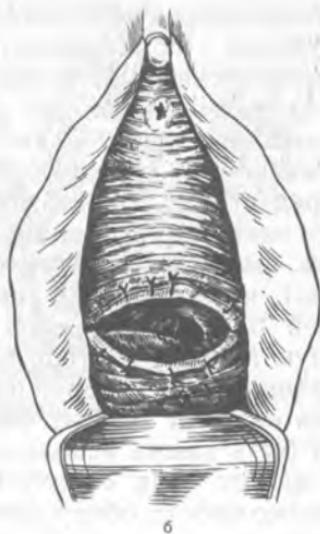


Рис. 11.10. Одноэтапный брюшинный кольпопоз.

а — вскрытие брюшины прямокишечно-маточного углубления; б — низведение брюшины до преддверия влагалища и фиксирование ее отдельными швами; в — формирование купола влагалища.

труднен поиск брюшины малого таза) нельзя использовать одноэтапный кольпопоз. При этом всегда можно перейти на чревосечение и закончить операцию по методу Давыдова. Кроме того, если хирург не уверен, что сумеет провести операцию одноэтапным методом, то следует сразу планировать ее как трехэтапный кольпопоз. Одноэтапный кольпопоз значительно сокращает время операции, но требует от хирурга больших навыков, в отсутствие которых не следует во что бы то ни стало пытаться производить эту операцию.

Одноэтапный кольпопоз по методу Кравковой и Курбановой. Ложе для будущего влагалища создают между мочевым пузырем и прямой кишкой, производя

достаточно широкую отсепаровку тазовой брюшины от окружающих тканей. Обнаруженную тазовую брюшину захватывают длинными зажимами, вскрывают, низводят и подшивают к области входа во влагалище. Затем, используя рудимент матки, со стороны влагалища создают купол наложением 3—4 кетгутовых швов маленькой крутой иглой (рис. 11.10).

Перед операцией желателно наложение пневмоперитонеума (лучше накануне операции), так как газ, введенный в брюшную полость, вызывает реакцию брюшины и в малом тазе скапливается выпот, который выпячивает ее в сторону влагалища. Для наилучшей ориентации перед операцией можно также ввести в брюшную полость раствор метиленового синего. Тазовая брюшина окрашивается в голубоватый цвет, что помогает отыскать и вскрыть ее. Этот момент операции является наиболее сложным. Может быть также использован лапароскоп. При освещении области малого таза образуется как бы светящееся окошко, что дает возможность обнаружить брюшину.

Используя тазовую брюшину, создают полноценное влагалище, пригодное для половой жизни. После эпителизации влагалища претерпевают такие же циклические изменения, как и нормальное. В нем создается кислая среда. При определении степени чистоты влагалища выявляются палочки Додерлейна. Это свидетельствует о том, что физиологические условия искусственного влагалища очень близки к нормальным.

При кольпопозе из тазовой брюшины одноэтапным методом объем хирургического вмешательства невелик, поэтому длительность операции сокращается (как правило, до 25—45 мин). На 14—18-й день после операции женщины могут начинать половую жизнь.

11.3.5.4. Кольпопоз с использованием лоскутов ткани малых половых губ по Орехову и Чекиной

Больную укладывают в положение для влагалищных операций, с разведенными ногами.

После соответствующей обработки операционного поля в мочевого пузырь вводят мягкий катетер, а в прямую кишку — расширитель Гегара № 10, который во время расслоения клетчатки удерживает ассистент. Поперечным надрезом рассекают слизистую оболочку входа во влагалище на середине расстояния между мочеиспускательным каналом и ладьевидной ямкой, доведя края разреза до границы между преддверием влагалища и малыми половыми губами. В надрез вводят корнцанг и, растягивая его за бранши, расслаивают клетчатку. С помощью тупфера, смоченного в глицерине, и частично острым путем расслаивают пузырно-прямокишечную клетчатку на глубину до 10 см и в ширину до 4 см для создания ложа будущего влагалища. Затем на слизистой малых половых губ намечают лоскут П-образной формы, который затем отсепаровывают (рис. 11.11).

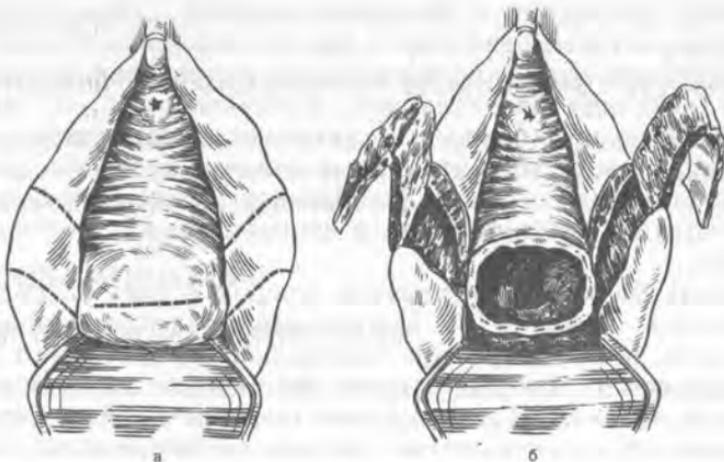


Рис. 11.11. Операция кольпопоза с использованием лоскутов тканей малых половых губ.

а — пунктиром отмечены линии разрезов слизистой оболочки преддверья влагалища и малых половых губ; б — создали туннель в пузырно-прямокишечной клетчатке. Из малых половых губ отсепарованы П-образные лоскуты с обеих сторон, которые затем вновь расслоены на половинку их толщины; в — лоскуты вправляются в созданное ложе влагалища.

Полученный лоскут фиксируют зажимами Кохера за верхний и нижний углы латеральной части основания, затем вновь расщипывают наполовину его толщины, не нарушая его связь с малой половой губой. В дальнейшем лоскут перемещают в той же плоскости, в которой его выкраивали. Геометрия данного лоскута позволяет с наименьшим натяжением произвести эпителизацию раневой поверхности ложа влагалища. Лоскут вправляют в созданное ложе влагалища и распластывают на его раневой поверхности, после чего фиксируют к клетчатке малого таза узловыми кетгутовыми швами за углы, как можно ближе к куполу влагалища (избегать натяжения!).

Влагалище осушивают, обрабатывают раствором перекиси водорода и вставляют в него тампон-фантом из марлевой салфетки, на которую нанесена мазь сложной прописи (метилурацила 10 г, глицерина 87,3 г, витамин А 100 000 ЕД, фоликулина 10 000 ЕД, канамицина 0,5 г, фурацилина 0,2).

Тампон фиксируют к большим половым губам шелковыми лигатурами, которые завязывают над подложенными салфетками. Не следует добиваться полного закрытия раневой поверхности, так как активная эпителизация, начинающаяся со слизистой оболочки лоскутов, быстро захватывает оставшуюся раневую поверхность. Ввиду того что малые половые губы при фиксации лоскутов втягиваются в создаваемое влагалище вплоть до основания, отпадает необходимость в дополнительном наложении на них швов.

Вставать больной разрешается вечером в день операции. Режим питания — стол № 15. Первую смену тампонов производят на 3-й сутки после операции. Влагалище обрабатывают растворами перекиси водорода, фурацилина, вводят тампон с мазью указанного состава. В дальнейшем тампоны меняют через день до выписки. Манипуляция не требует обезболивания. Выписку производят в сроки, соответствующие, как правило, началу активной эпителизации и в отсутствие других противопоказаний — на 7-е сутки.

Половую жизнь рекомендуется начинать не ранее чем на 14-й день после операции. Рубцового сужения или укорочения влагалища, как правило, не происходит. Больным, которые не ведут регулярную половую жизнь, рекомендуется 2 раза в неделю вводить во влагалище фантом.

11.3.5.5. Бескровный метод кольпопоза

Б. Ф. Шерстнев предложил специальный кольпоэлонгатор и разработал методику бескровного кольпопоза, которая заключается в создании искусственного влагалища путем постепенного растяжения кожи преддверия в течение 20—25 дней с помощью кольпоэлонгатора у больных с аплазией и атрезией влагалища.

В 1-й день лечения производят 1—2 сеанса с экспозицией 5—10 мин, силой давления 0,5 кг. Постепенно с каждым днем экспозицию и число сеансов увеличивают. К 20—25-му дню экспозицию процедуры доводят до 60—80 мин, число сеансов до 3—4 в сутки, силу давления — до 5 кг. В 1-ю неделю вытяжение кожи преддверия влагалища происходит очень быстро (на 5—6 см в глубину), затем медленнее. Каких-либо болезненных ощущений больные не отмечают. К 20—25-му дню образуется искусственное влагалище глубиной 10—11 см, позволяющее свободно вводить влагалищные зеркала и выполнять бимануальное влагалищное исследование.

Однако бескровный кольпопоз не всегда дает благоприятный эффект. Он незаменим в тех случаях, когда имеются противопоказания к хирургическому лечению.

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Аномалии положения половых органов — стойкое отклонение от их нормального положения, как правило, сопровождающееся рядом патологических явлений.

12.1. ВИДЫ АНОМАЛИЙ

12.1.1. ПОЗИЦИЯ И НАКЛОНЕНИЕ МАТКИ

Антепозиция — смещение матки кпереди. Встречается как физиологическое явление при переполненной прямой кишке, а также при опухолях и выпоте, находящихся в прямокишечно-маточном пространстве.

Ретропозиция — смещение матки кзади. Это положение может быть вызвано переполненным мочевым пузырем, воспалительными образованиями, кистами и опухолями, расположенными спереди от матки.

Латеропозиция — боковое смещение матки. Вызывается в основном воспалительными инфильтратами околоматочной клетчатки, опухолями придатков матки.

При патологическом наклоне (верзия) тело матки смещается в одну сторону, а шейка матки — в другую. Наблюдаются антеверзия (тело матки наклонено кпереди, шейка матки — кзади), ретроверзия (тело матки наклонено кзади, шейка матки — кпереди), декстрроверзия (тело матки наклонено вправо, шейка матки — влево), синистроверзия (тело матки наклонено влево, шейка матки — вправо).

Патологические наклоны матки вызываются воспалительными процессами в брюшине, в клетчатке, в связках.

12.1.2. ПЕРЕГИБ МАТКИ

Перегиб тела матки относительно шейки. В норме между телом и шейкой матки имеется тупой угол, открытый кпереди.

Гиперантефлексия матки — патологический перегиб тела матки кпереди. Между телом и шейкой матки имеется острый угол (70°). Часто это врожденное состояние, связанное с общим половым инфантилизмом, реже — результат воспалительного процесса в области крестцово-маточных связок. Наблюдаются болезненные менструации, нередко бесплодие, боли в крестце и внизу живота.

Диагноз устанавливается на основании клинического и гинекологического исследований. Матка маленькая, резко отклонена кпереди, шейка ее конической формы, часто удлинена. Влагалище узкое, своды уплощены.

Лечение заключается в устранении причины, вызвавшей эту патологию.

Ретрофлексия — перегиб тела матки кзади. Угол между телом матки и ее шейкой открыт кзади.

Ретродевиация матки — часто встречающееся сочетание ретрофлексии и ретроверзии. Различают подвижную и фиксированную ретродевиации. Подвижная ретродевиация матки может быть проявлением анатомо-физиологических нарушений в организме. Выявляется у молодых женщин и девушек с астеническим сложением (тонкий костный скелет, удлиненная грудная клетка, энтероптоз, возбудимость, раздражительность и т. д.), при инфантилизме и гипоплазии половых органов. У этих женщин снижен тонус поддерживающего, подвешивающего и закрепляющего аппарата матки. Эти нарушения могут возникнуть после родов, особенно при неправильном ведении послеродового периода, и после ряда патологических процессов (тяжелые заболевания, резкое похудание и т. д.). Фиксированная ретродевиация обычно является следствием воспалительного процесса в малом тазе.

У многих женщин ретродевиация матки не вызывает никаких симптомов и выявляется случайно. Некоторые жалуются на боли в крестце, альгоменорею, бели, тяжесть внизу живота, дизурические явления, запор.

Диагностика ретродевиации не представляет трудностей. Положение матки определяют при бимануальном, гинекологическом исследовании. В некоторых случаях приходится дифференцировать это состояние от опухолей матки, яичников или от трубной беременности. Дополнительные исследования позволяют уточнить диагноз.

Женщины с ретродевиацией, не предъявляющие жалоб, не нуждаются в лечении. При возникновении беременности матка по мере увеличения принимает правильное положение. При появлении симптомов заболевания показаны витаминотерапия, занятия физической культурой и спортом и т. д.

В некоторых случаях прибегают к исправлению положения матки, которое производят при опорожненном мочевом пузыре и прямой кишке. Тело матки пальпируют глубоко в прямокишечно-маточном углублении. Как при гинекологическом исследовании, два пальца правой руки вводят во влагалище. Указательным пальцем оттесняют шейку матки кзади, а средним надавливают на тело матки, стараясь вытолкнуть ее из полости таза.левой рукой захватывают дно матки и выводят ее в правильное положение. Поскольку при этом не устраняется причина, вызвавшая ретродевиацию, стойкого терапевтического эффекта достигнуть обычно не удается. В некоторых случаях для удержания матки в правильном положении применяют pessaries.

При фиксированной ретродевиации необходимо проводить терапию воспалительного процесса или его последствий.

12.1.3. ПОВОРОТ И ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ МАТКИ

При повороте матка повернута вокруг продольной своей оси. Причинами этого являются воспаление в области крестцово-маточных связок, их укорочение, наличие опухоли, располагающейся кзади и сбоку от матки. Лечение заключается в устранении причин, вызвавших поворот матки.

Перекручиванием матки называется поворот ее при фиксированной шейке. Матка может подвергнуться перекруту при наличии одностороннего овариального образования (киста, кистома) или подбрюшинно расположенного миоматозного узла.

Элевация — смещение матки вверх — возникает при опухолях яичников, заматочной гематоме и других патологических процессах. В физиологических условиях элевация матки может быть вызвана переполненными мочевым пузырем и прямой кишкой.

12.1.4. ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Проблема опущений и выпадений влагалища и матки продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов, так как, несмотря на многообразие различных методов при хирургическом лечении этих больных, все еще имеют место рецидивы заболевания, связанные не только с несостоятельностью восстановленных мышц тазового дна, но и с несовершенством проведенного оперативного лечения. Решение этой проблемы особенно важно при лечении больных репродуктивного и трудоспособного возраста. Хирургическое лечение, которое позволяет полностью реабилитировать больных с опущением и выпадением влагалища и матки, имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Опущение матки — такое положение этого органа, когда шейка матки располагается ниже интраспинальной линии.

При выпадении матка выходит за пределы половой щели полностью (полное выпадение) или частично, иногда только шейки (неполное выпадение).

К л а с с и ф и к а ц и я. По классификации М. С. Малиновского, если стенки влагалища доходят до входа во влагалище и наблюдается опущение матки (наружный зев шейки матки находится ниже спинальной плоскости), то имеет место выпадение I степени. При выпадении II степени шейка матки выходит за пределы половой щели, а тело матки располагается выше ее. В случаях выпадения III степени (полное выпадение) вся матка находится ниже половой щели.

Д. О. Отт впервые охарактеризовал выпадение матки как тазовую генитальную грыжу и подчеркнул, что устранение смещений и выпадений органов малого таза достигается прежде всего восстановлением и укреплением мышц тазового дна. В настоящее время эта точка зрения общепризнана.

Э т и о л о г и я. Заболевание обусловлено несостоятельностью мышц тазового дна, которое в большинстве случаев возникает

вследствие повреждения мышц промежности и тазовой диафрагмы в родах, особенно если промежность не ушивают или она заживает вторичным натяжением.

В очень редких случаях эта патология развивается у нерожавших женщин и даже у девственниц, что является следствием конституциональных особенностей организма. У нерожавших женщин это может быть связано с тяжелым физическим трудом, астеническим телосложением и пониженным питанием. Нарушенная девственная плева растягивается на выпавшей матке.

Длительное повышение внутрибрюшного давления вследствие тяжелой физической работы и запора также способствует возникновению этой патологии. Предрасполагающими моментами являются ранний физический труд в послеродовом периоде, частые роды, ретроверзия матки, резкое похудание, инфантилизм, атрофия тканей в пожилом и старческом возрасте.

Растяжение, расслабление и несостоятельность подвешивающего, фиксирующего (удерживающего) аппарата матки (связки матки, параметральные и паравагинальные ткани) в возникновении опущения и выпадения матки имеют второстепенное значение.

Клиническая картина. Больные жалуются на чувство тяжести и боли внизу живота, расстройство мочеиспускания, ощущение «постороннего тела» в половой щели.

Опущение матки, как правило, сопровождается опущением стенок влагалища. При полном выпадении матки происходит выворот влагалищных стенок. Изолированное выпадение стенок влагалища имеет место в отсутствие матки. В редких случаях могут наблюдаться выпадение недоразвитого влагалища в отсутствие матки и выпадение искусственного влагалища, созданного из сигмовидной кишки. Опущение стенок влагалища и матки влечет за собой опущение и выпадение мочевого пузыря (цистоцеле) и прямой кишки (ректоцеле).

На шейке матки и стенках влагалища при выпадении половых органов нередко развиваются пролежни. Стенки влагалища становятся грубыми и неэластичными, отечными; легко возникают трещины. Пролежни приводят к развитию инфекции, которая нередко распространяется на мочевые пути. Выпавшая матка, как правило, отечна, цианотична вследствие нарушения лимфооттока и кровообращения. При горизонтальном положении больной она легко вправляется. Выпадение прямой кишки сопровождается запором. Часто имеет место недержание мочи и газов при кашле и чиханье.

Опущение и выпадение матки развиваются медленно, но носят прогрессивный характер, особенно если женщина выполняет тяжелую физическую работу.

Диагноз устанавливается на основании жалоб больной и данных гинекологического осмотра. У женщин с опущением стенок влагалища и матки при разведенных бедрах половая щель зияет, отмечается расхождение леваторов, задняя стенка

влагалища непосредственно прилежит к стенке прямой кишки.

Профилактика опущений и выпадений половых органов заключается в рациональном ведении родов и послеродового периода, анатомически правильном зашивании разрывов промежности, устранении чрезмерной физической нагрузки. При небольшой степени опущения матки показаны лечебная физкультура для укрепления мышц тазового дна, общеукрепляющая терапия, перевод с тяжелой физической работы на более легкую.

12.2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Имеются многочисленные методы хирургического лечения. Изложить все их не представляется возможным. В руководстве освещены наиболее часто выполняемые операции. При выборе метода оперативного вмешательства следует исходить из того, что является причиной этой патологии, и в каждом случае подбирать метод индивидуально.

С конца прошлого столетия при опущении матки и влагалища, чтобы исправить это положение, предложено очень много модификаций операции.

Ряд операций, предпринимаемых для хирургического лечения опущения и выпадения матки, в настоящее время имеет лишь историческое значение. К ним относятся такие вмешательства, при которых матку подвешивают к передней брюшной стенке посредством проведения круглых маточных связок через апоневроз, сшивания их над апоневрозом и подшивания матки апоневротическим лоскутом или фиксации тела матки к апоневрозу.

Можно привести еще много модификаций операций, при которых матка подвешивается к передней брюшной стенке, промонторию или к лонному сочленению.

Д. П. Чухриенко (1960) предложил фиксировать матку при помощи капроновой ленты таким образом, чтобы она могла прочно удерживаться в наиболее физиологичном для нее положении. С этой целью капроновую полоску фиксируют вокруг матки, после чего концы ее выводят через отверстия, сделанные в широких связках на уровне внутреннего зева, и прикрепляют к надкостнице и фиброзным тканям над нижней передней подвздошной остью одноименной стороны.

12.2.1. ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОРАФИЯ

Эта операция является вспомогательной. В некоторых случаях она производится вместе с кольпоперинеоррафией при опущении передней стенки влагалища.

Влагалище обнажают в зеркалах. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят до входа во влагалище. Из передней стенки влагалища выкраивают овальный лоскут, верхний край которого находится на 1—1,5 см ниже мочеиспускательного

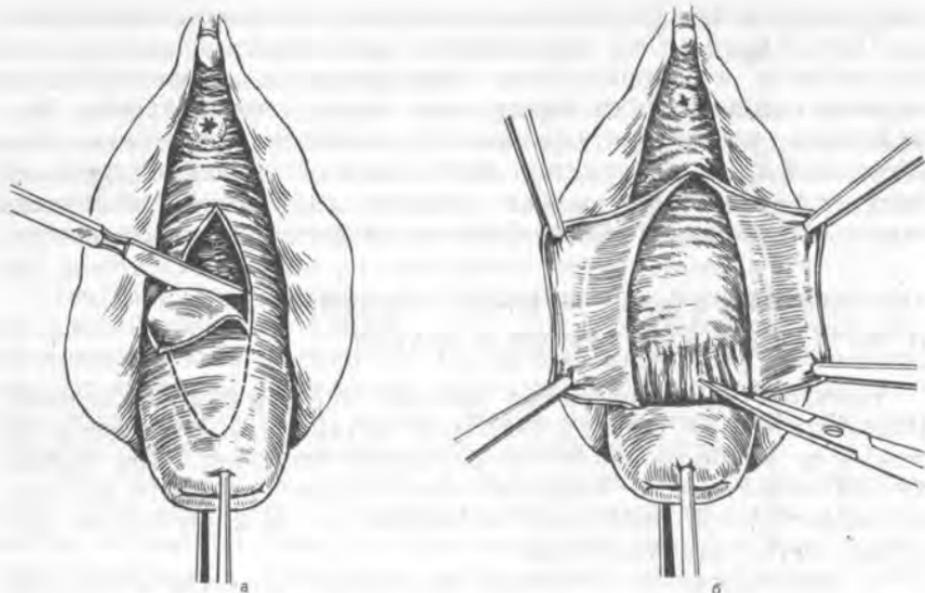


Рис. 12.1. Передняя кольпоррафия.

а — выкраивание и отсепаровка лоскута; б — рассечение соединительнотканых волокон между мочевым пузырем и шейкой матки.

канала, а нижний край — около места перехода шейки матки на влагалищный свод.

Если хирург попадает в слой, то, натягивая верхний край лоскута зажимами Кохера или тьюлбарками, его можно легко «собрать» с подлежащих тканей. Затем на стенку влагалища накладывают узловатые кетгутовые швы с захватом фасции мочевого пузыря (рис. 12.1).

Техника операции при опущении мочевого пузыря и передней стенки влагалища. Отсепаровывают овальный лоскут слизистой оболочки влагалища. Влагалище можно вскрыть, отступя 1 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, линейным разрезом до перехода стенки влагалища на шейку матки. Влагалище отсепаровывают в стороны, обнажают фасцию мочевого пузыря. Фасцию вскрывают так же, как при операции экстирпации матки (рис. 12.2) (см. также главу 8).

Мочевой пузырь отсепаровывают от шейки матки. Затем ушивают его мышцы несколькими кетгутовыми швами. При необходимости в уретру вводят катетер и ушивают ткани в области сфинктера уретры. Затем фасцию мочевого пузыря ушивают таким образом, чтобы одна часть ее заходила на другую, как полы пальто. Свободные лоскуты влагалища срезают и на влагалище накладывают узловатые кетгутовые швы.

Операции, выполняемые с целью фиксации матки к передней брюшной стенке, создают антифизиологичные условия для матки

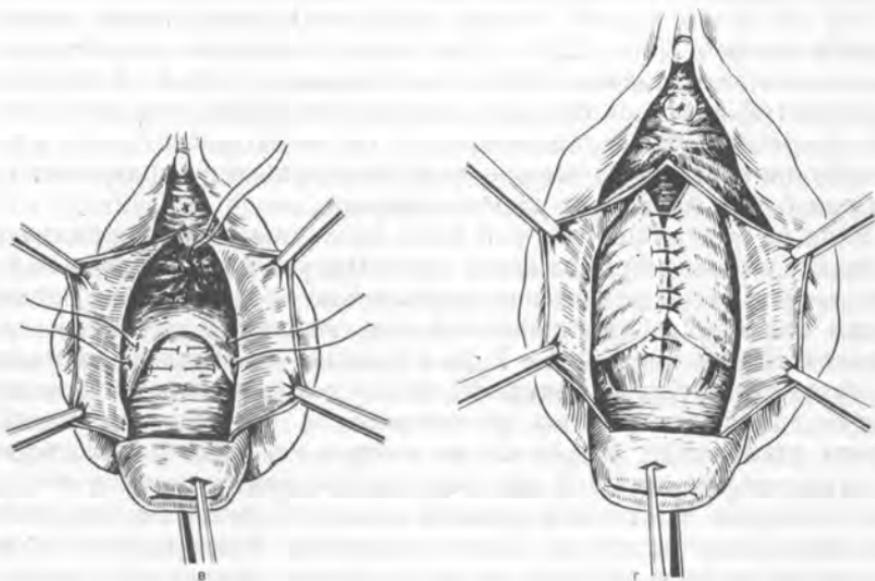
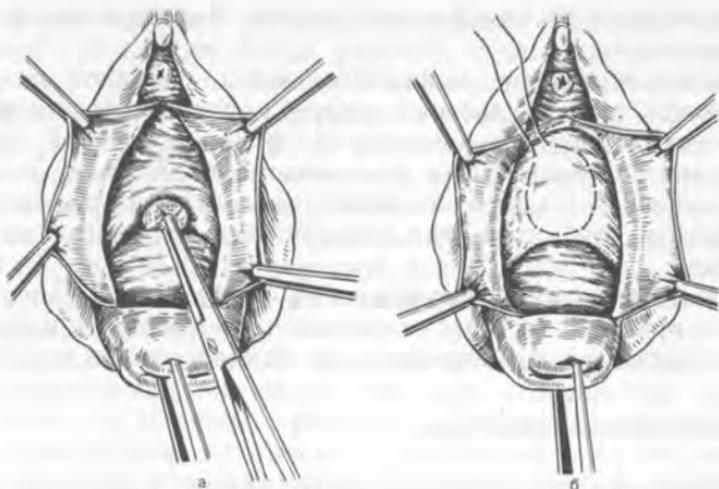


Рис. 12.2. Операция при опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря.

а — отсепаровка мочевого пузыря; б — наложение крестового шва на пузырно-влагалищную фасцию; в — начало наложения второго ряда швов на фасцию; г — наложен второй ряд отдельных швов на пузырно-влагалищную фасцию.

и смежных органов. После фиксации органа часто появляются болевые ощущения. Кроме того, эти операции не достигают цели. Часто возникают рецидивы, так как не устраняется основная причина опущения и выпадения органа.

Ряд авторов, пытаясь добиться эффекта при лечении выпадения матки, пытались использовать круглые связки матки, которые продевали петлей через широкие связки и фиксировали на задней стенке матки. Некоторые авторы предлагали подшивать

круглые связки к передней стенке матки. Имеются еще и другие модификации.

Учитывая этиологию выпадения матки, основной целью хирургического вмешательства следует считать восстановление анатомических взаимоотношений и физиологической функции тазового дна с обязательным сужением половой щели. Это достигается мышечной пластикой (леваторопластикой) тазового дна. Все остальные вмешательства следует рассматривать как дополнительные.

Для восстановления промежности предложено много модификаций и приемов, которые отличаются друг от друга в основном формой лоскута, выкраиваемого из задней стенки влагалища.

12.2.2. КОЛЬПОПЕРИНЕОПЛАСТИКА

Операцию кольпоперинеопластики можно разделить на несколько этапов. На первом этапе из кожи промежности и слизистой оболочки задней стенки влагалища выкраивают ромбовидный лоскут (рис. 12.3). Для этого зажимом захватывают основание малых половых губ с обеих сторон чуть ниже и снаружи от отверстий протоков больших желез преддверия, что соответствует боковым точкам намеченного к удалению лоскута. Сближением концов зажимов можно определить высоту промежности, которая будет создана в ходе операции.

Вход во влагалище должен быть проходим для двух пальцев. Слишком высокая промежность препятствует нормальному половому акту. Третий зажим накладывают по средней линии задней стенки влагалища на опущенной или выпавшей ее части, как правило, на протяжении 5—7 см в глубину от входа во влагалище, что соответствует верхней точке подлежащего иссечению лоскута. Боковые зажимы растягивают в стороны ассистенты. Хирург производит разрез от их концов по коже промежности по направлению вниз. Края разреза соединяют в виде тупого угла примерно на границе средней и задней третей промежности над анальным отверстием. Точка соединения краев разреза кожи промежности соответствует нижнему, более тупому углу ромбовидного лоскута задней стенки влагалища.

После разреза промежности нижний угол ее захватывают пинцетом и скальпелем отсепааровывают снизу вверх до границы входа во влагалище. Нижний лоскут захватывают зажимами и натягивают. Затем производят рассечение стенки влагалища по прямой линии от зажима, наложенного в глубине влагалища, до входа во влагалище. Слизистую оболочку отсепааровывают от подлежащих тканей и мышц промежности в стороны до линии боковых разрезов намеченного ромбовидного лоскута.

Отсепааровывать слизистую оболочку влагалища следует только острым путем, держа острие скальпеля перпендикулярно к отделяемому лоскуту, чтобы отсечь только слизистую без лишних тканей. Слизистую оболочку отделяют до линии, соединяющей

верхний угол лоскута с точками наложения боковых зажимов на половые губы. Для более удобной отсепаровки слизистую оболочку натягивают с помощью зажимов, а указательный и средний пальцы левой руки вводят во влагалище и выпячивают слизистую раневой поверхностью навстречу скальпелю. Затем прямыми ножницами под контролем глаза лоскут отрезают по границе отсепаровки и рана принимает треугольную форму с верхним острым углом в глубине влагалища. На промежности также образуется рана треугольной формы. Вся рана имеет вид неправильного ромба. На дне ее располагается передняя стенка ампулы прямой кишки.

При иссечении слизистой оболочки влагалища следует остерегаться ранения прямой кишки, так как особенно при наличии рубцов стенка ее интимно прилежит к стенке влагалища, слизистая которого очень истончена. Отсепаровку лоскута влагалища можно выполнить различными способами. Некоторые авторы производят ее полностью снизу вверх, не проводя предварительно разрезы, определяющие его границы.

Второй этап — леваторопластика — может осуществляться двумя путями — без выделения и с выделением ножек леватора из фасциального ложа. Большинство авторов полагают, что леваторы можно не выделять из окружающих тканей. При соединении леваторов вместе с фасцией и окружающей клетчаткой образуется достаточно прочный рубец, обеспечивающий нормальную функцию тазового дна.

Для выявления ножек леватора пальцем ощупывают их медиальный край, мышцу приподнимают и захватывают лигатурой. Иглу вкалывают изнутри кнаружи. Стенку кишки при этом предохраняют пальцем или пинцетом. Для выявления ножек леватора можно использовать следующий прием (В. С. Фриновский).

Указательный палец левой руки вводят в нижний угол раны и натягивают ткани книзу по направлению к заднепроходному отверстию, затем палец сгибают и, как крючком, захватывают край сфинктера прямой кишки, оттягивая его вниз на себя. При этом края леваторов резко натягиваются. Ассистент крючком Фарабефа оттягивает над леватором кожные края раны кнаружи и в стороны. Леваторы обнажаются. Хорошо видна значительная часть их краев. Круглой и толстой иглой захватывают края ножек леваторов с обеих сторон в верхней части раны, концы нити берут на зажим и оттягивают вверх, при этом края ножек леваторов сближаются. Шов не завязывают. Отступя 1—1,5 см от первого шва, накладывают второй и затем третий швы ближе к анальному отверстию. После этого нити незавязанных швов опускают книзу на марлевую салфетку, которой прикрыта нижняя часть раны.

При резко выраженном выпадении влагалища и матки рекомендуется сшивать леваторы изолированно, так как в этих случаях при наложении швов захватываются лишь поверхностные мышцы промежности и ножки леваторов, хотя и сближаются,

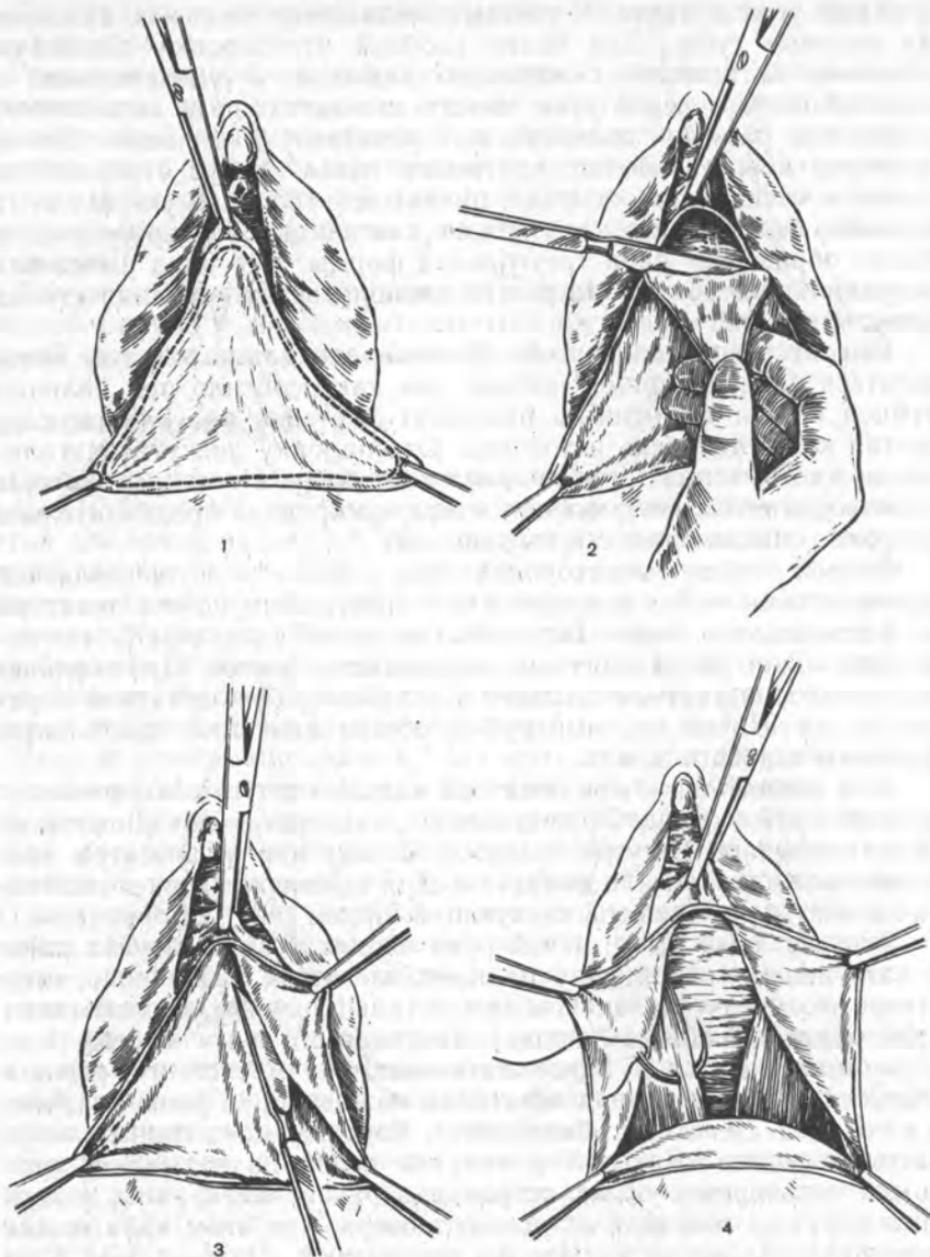


Рис. 12.3. Кольпоперинеопластика.

1 — выкраивание треугольного лоскута из задней стенки влагалища; 2 — отсепаровка лоскута; 3 — отсепаровка стенок влагалища; 4 — наложение швов на мышцу, поднимающую задний проход; 5 — швы на мышце, поднимающей задний проход; 6 — ножки мышцы, поднимающей задний проход, соединены; 7 — наложение швов на заднюю стенку влагалища; 8 — наложение швов на поверхностные мышцы промежности.

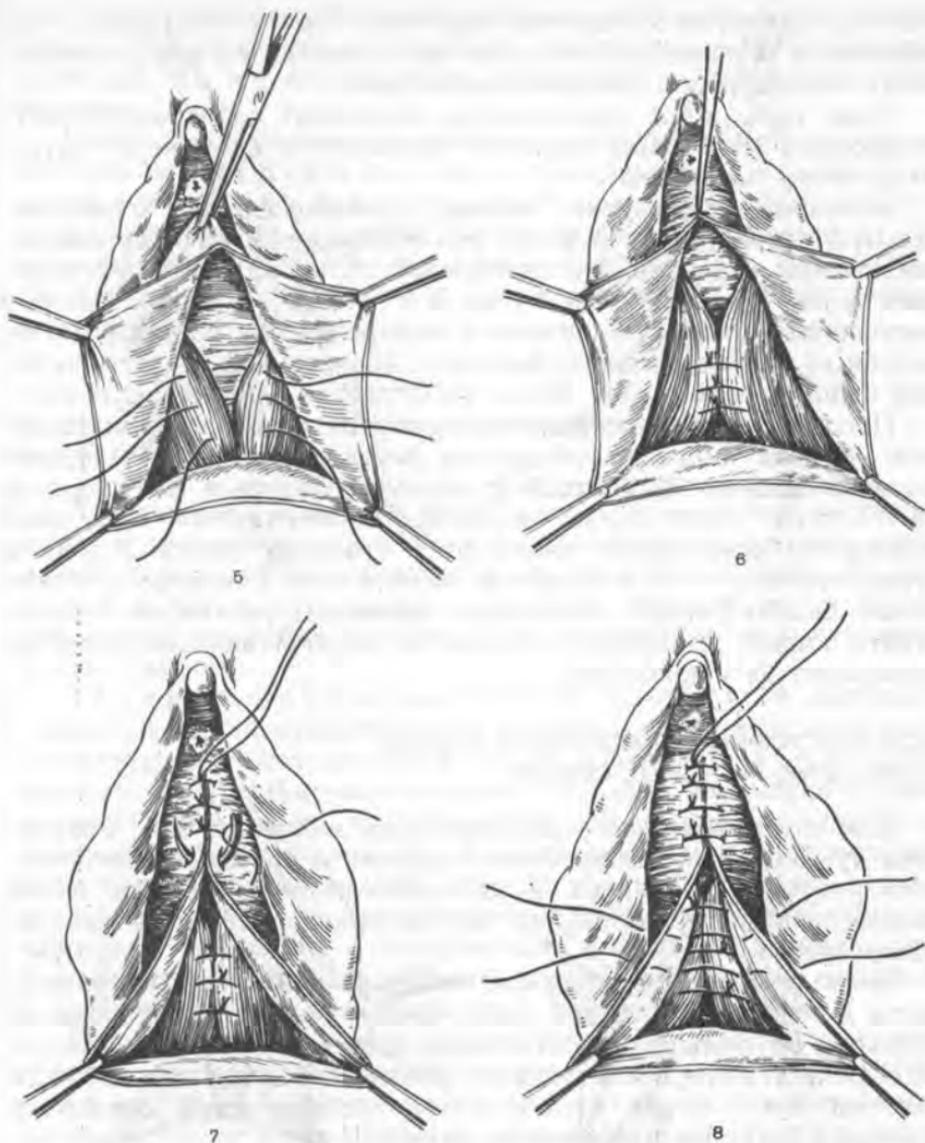


Рис. 12.3. Продолжение.

но не соединяются. Особенно это имеет место при их истончении и растяжении. Для выделения ножек леватора производят надрез фасции, а затем мышцу выделяют из фасциального ложа и сшивают.

Третий этап заключается в соединении краев слизистой оболочки влагалища с подхватыванием подлежащих тканей путем нанизывания их на иглу. Шов накладывают, начиная с верхнего угла раны. Можно наложить шов по Ревердену до того места, где будет образована задняя спайка промежности.

Четвертый этап операции — соединение краев леваторов посредством завязывания ранее наложенных лигатур. Завязывание

лигатур начинают с верхней лигатуры. При необходимости во избежание образований «пустых пространств» на рану промежности накладывают дополнительные швы.

Края раны кожи промежности соединяют непрерывным внутрикожным кетгутовым швом. Не исключается применение другого шовного материала.

Кольпоперинеопластику можно производить как самостоятельную операцию, но нередко она сочетается с другими вмешательствами: передней или срединной кольпоррафией, экстирпацией матки влагалищным путем и т. д. Все операции, которые выполняют по поводу опущения и выпадения влагалища и матки, исходя из этиологического фактора, следует заканчивать пластикой мышц тазового дна.

После кольпоперинеопластики в первые 4—5 дней рекомендуется жидкая пища, затем легкая диета. В течение 7—8 дней больная должна оставаться в постели. Сидеть разрешается на 11—12-е сутки после операции. Рекомендуется 4—5 дней принимать вазелиновое масло по 1 столовой ложке 2 раза в сутки, чтобы на 4—5-е сутки был мягкий стул. Подмывать можно только бедра. Область швов надо смазывать раствором перманганата калия. Антибактериальные и обезболивающие средства применяют по показаниям.

12.2.3. КРЕСТОВИДНОЕ УКРОЧЕНИЕ КРУГЛЫХ И КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК

Для сохранения детородной функции женщины В. С. Фриновским при опущении матки была предложена операция крестовидного укорочения круглых и крестцово-маточных связок путем чревосечения с обязательной кольпоперинеоррафией и леваторопластикой.

Вначале производят заднюю пластику влагалища и промежности с леваторопластикой, как описано выше. Такой порядок операции обусловлен тем, что матка после укорочения ее связочного аппарата при последующем производстве пластики тазового дна неизбежно будет насильственно низводиться и смещаться книзу, растягивать укороченные связки.

На втором этапе участники операции меняют перчатки и стерильные халаты. Операционная медицинская сестра переходит к столу, подготовленному для производства чревосечения.

Поперечным надлобковым разрезом вскрывают брюшную полость. Матку фиксируют левой рукой. Длинным зажимом Кохера через широкую связку (под собственной связкой яичника) в наиболее бессосудистой зоне в направлении сзади наперед, оттянув рукой яичник с маточной трубой вверх и вбок, проделывают отверстие. Концом зажима захватывают круглую связку одноименной стороны в средней трети и через сформированное отверстие выводят ее на заднюю поверхность матки. Затем захватывают крестцово-маточную связку на границе верхней и сред-

ней трети противоположной стороны. Крепкой синтетической нитью соединяют левую круглую связку с правой крестцово-маточной. Те же манипуляции выполняют с противоположной стороны.

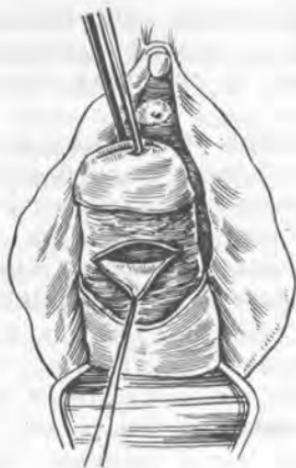
После крестовидного укорочения маточных связок между собой отдельными швами все связки прикрепляют к задней стенке матки в области ее истмической части. Затем накладывают 2—3 отдельных шва на крестцово-маточные связки, соединяя их. Таким образом, создается положение антефлексии с сохранением физиологической подвижности матки. Брюшную стенку зашивают послойно.

12.2.4. ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ В МОДИФИКАЦИИ МЕЙО С КОЛЬПОПЕРИНЕОРАФИЕЙ И ЛЕВАТОРОПЛАСТИКОЙ

Показанием к операции Мейо (рис. 12.4) является выпадение матки и влагалища в сочетании с миомой матки, эрозией шейки матки, длительно незаживающей декубитальной язвой. В детородном возрасте показанием к операции Мейо является сочетание выпадения матки с субмукозной миомой матки, внутренним эндометриозом.

Техника операции. Отступя 1,5—2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, скальпелем надрезают слизистую оболочку передней стенки влагалища в виде клиновидного лоскута, широкое основание которого обращено к шейке матки. Острие клина располагается под наружным отверстием мочеиспускательного канала. Клиновидный лоскут отсепааровывают скальпелем от фасции. Иногда удается захватить верхний угол лоскута и двумя параллельно наложенными артериальными зажимами снять его с подлежащей фасции до шейки матки. Это происходит в тех случаях, когда отсепааровку начинают в клетчатке между шейкой матки и стенкой влагалища.

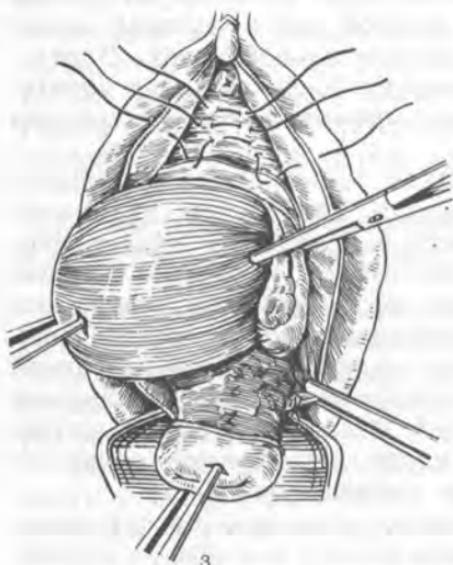
Пинцетом захватывают обнаженную пузырную фасцию ниже границы выпуклости мочевого пузыря (ближе к шейке) и оттягивают на себя. Купферовскими ножницами рассекают фасцию поперек. Двумя артериальными зажимами с зубчиками захватывают верхний край надрезанной фасции в центре. Сомкнутыми ножницами Купфера, введенными под фасцию, отслаивают мочевой пузырь от покрывающей его фасции, продвигая ножницы до верхнего угла раны. Изогнутыми концами ножницы вводят под фасцию, чтобы не ранить мочевой пузырь. Между зажимами срединным разрезом рассекают фасцию до верхнего угла раны. Мочевой пузырь острым путем окончательно отделяют от фасции до боковых его краев, затем от шейки матки и брюшины по направлению вверх, рассекая предпузырную клетчатку. В результате обнажается брюшина переднего свода, которую вскрывают. В полость живота вводят длинную узкую марлевую салфетку и подъемник.



1



2

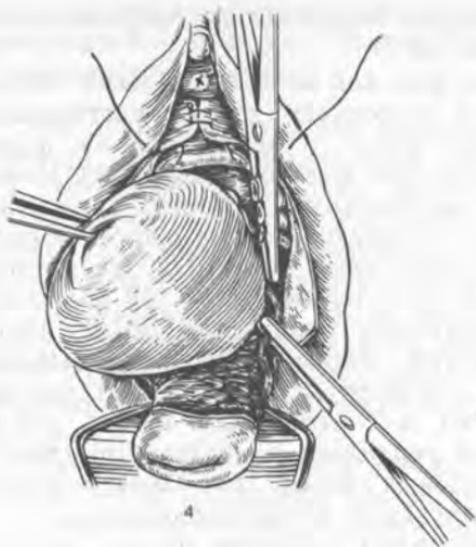


3

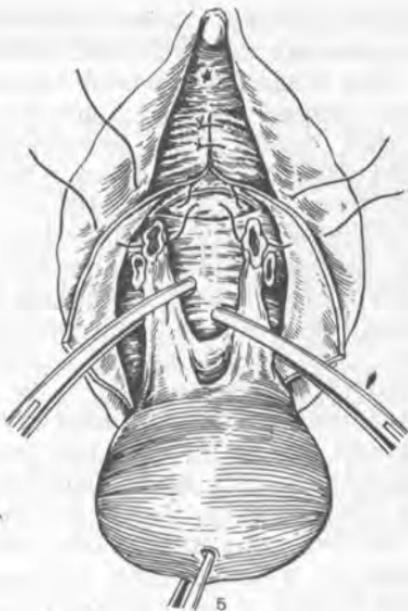
Рис. 12.4. Влагалищная экстирпация при опущении и выпадении матки.

1 — задняя кольпотомия; 2 — выведение матки через переднее кольпотомическое отверстие; 3 — наложение зажимов на собственную связку яичника, маточную трубу, круглую связку. Наложение укрепляющих швов на пузырно-влагалищную фасцию; 4 — собственная связка яичника, маточная труба, круглая связка отсечены. Клеммирование маточных сосудов; 5 — культя связок укрепляют швами, проходящими через стенки влагалища. Маточные сосуды пересечены. Клеммирование крестцово-маточных связок; 6 — перитонизация с расположением связок и культей внебрюшинно. Культя связок и сосудов укрепляют швами с влагалищной стенкой; 7 — соединение кардинальных связок.

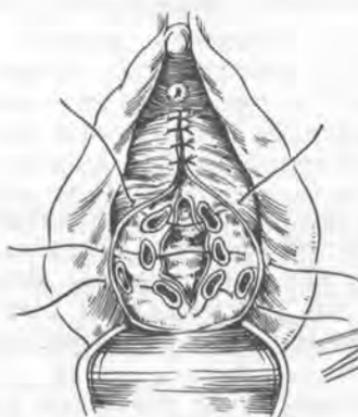
Шейку матки оттягивают кверху, к лону. Зажимом Микулича захватывают заднюю стенку свода влагалища и рассекают ее ножницами (задняя кольпотомия). Разрез доводят до места отхождения крестцово-маточных связок от матки. Кровотечение из ветвей влагалищной артерии в центре разреза задней стенки влагалища и по краям останавливают наложением трех изолированных восьмиобразных кетгутовых лигатур на игле, которые в дальнейшем служат держалками. Боковые стенки влагалища рассекают скальпелем прямыми разрезами, соединяющими углы раны вскрытых переднего и заднего сводов влагалища. Стенки влагалища тупфером отслаивают немного вверх и вбок, чтобы слегка обнажить маточные сосуды и ткани кардинальной связки и этим облегчить последующее наложение на них зажимов.



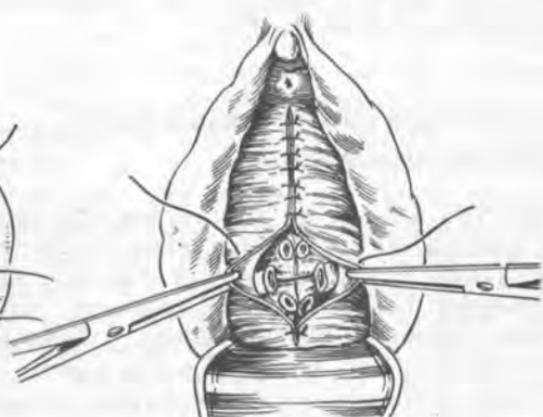
4



5



6



7

Пулевые щипцы накладывают на переднюю стенку матки и выводят ее в отверстие раны переднего свода. Вдоль ребер матки накладывают последовательно крепкие зажимы, начиная с крестцово-маточных и кардинальных связок, так как после рассечения последних матка становится более подвижной. Затем накладывают зажимы вдоль тела матки по 3—4 с каждой стороны, захватывая ткани в нижнюю треть зажима, чтобы избежать выскальзывания из них главным образом маточных артерий.

Матку отсекают. Ткани, взятые в зажимы (связки, сосуды, маточные концы труб), сближают и сшивают встречным скорняжным швом, стараясь не проколоть сосуды. Наложение шва начинают сверху, снимая постепенно зажимы. Скорняжный шов крепкий, хорошо затягивается и не требует отдельной перевязки

сосудов. Хирург может перевязать отдельно все пересеченные образования, а потом соединить их.

Для создания прочной поддержки для мочевого пузыря соединяют связки матки, к которым фиксируют стенки влагалища. С этой целью иглу вкалывают сразу у верхнего угла раны через слизистую оболочку влагалища, фасцию и брюшину мочевого пузыря, верхний отрезок соединенных маточных связок за матрацным швом и выкалывают через описанные слои в обратном направлении противоположного края раны. Той же ниткой делают второй шов, захватывая края только слизистой оболочки влагалища, медиальнее предыдущего вкола для более плотного соединения краев слизистой. Таких швов накладывают несколько, отступя 1,5—2 см книзу от первого. Этими швами влагалищную стенку фиксируют к соединенным между собой связкам матки. Последний шов укрепляет влагалищную стенку в области культи крестцово-маточных связок. При таком наложении швов культи связок располагаются эстраперитонеально.

Задний свод влагалища закрывают узловыми швами, накладывая их в поперечном направлении. Культю влагалища вправляют вглубь и подтягивают вверх связочным аппаратом матки. Операцию Мейо обязательно заканчивают задней пластикой влагалища и промежности.

12.2.5. ОПЕРАЦИЯ ИНТЕРОПОЗИЦИИ МАТКИ ПО МЕТОДУ АЛЕКСАНДРОВА

Отступя 1,5—2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, из передней стенки слизистой оболочки влагалища выкраивают овальный лоскут так же, как при операции Мейо. Производят переднюю кольпотомию, как при операции Мейо. Отслоив мочевой пузырь вверх, обнажают брюшину пузырно-маточной складки, которую вскрывают.

Матку выводят через переднее кольпотомное отверстие при помощи пулевых щипцов и помещают экстраперитонеально. На уровне внутреннего зева сзади к матке 2—3 узловыми кетгутовыми швами прикрепляют свисающий край брюшины мочевого пузыря. Пулевые щипцы снимают. Переднюю стенку матки фиксируют к фасции мочевого пузыря: левую половину фасции пришивают к правой стороне передней стенки матки (параллельно ее правому ребру) отдельными кетгутовыми швами. После этого правой половиной фасции покрывают левую (в виде лацкана пиджака) и пришивают ее по левой стороне, закрывая и ткань матки. Таким образом, мочевой пузырь ложится на дно матки. Края слизистой оболочки влагалища соединяют непрерывным реверденовским швом.

Операцию интeропозиции матки по методу Александра заканчивают, выполняя кольпоперинеоррафию с леваторопластикой.

12.2.6. СРЕДИННАЯ КОЛЬПОРРАФИЯ ПО МЕТОДУ НЕЙГЕБАУЭРА — ЛЕ ФОРА С КОЛЬПОПЕРИНЕОРРАФИЕЙ И ЛЕВАТОРОПЛАСТИКОЙ

Эта операция показана женщинам пожилого и старческого возраста, не живущим половой жизнью, при полном выпадении и в отсутствие какого-либо заболевания матки и шейки матки.

Операция состоит из следующих этапов (рис. 12.5). Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Из слизистой оболочки задней стенки влагалища выкраивают трапециевидный лоскут шириной 4—5 см и длиной 6—7 см. Основание его располагается в верхнем углу раны. Если хирург попадает в слой, то после частичного отделения острым путем слизистой оболочки влагалища ее можно отслоить сверху вниз натяжением за зажимы.

Такой же лоскут слизистой влагалища выкраивается из передней стенки влагалища (на расстоянии 1,5—2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала книзу и на 2 см впереди от наружного зева шейки матки).

Затем производят соединение раневых поверхностей передней и задней стенок влагалища. Первоначально соединяют края раны, прилегающие к шейке матки. Для этого вкол иглой делают со стороны слизистой оболочки влагалища задней стенки, а выкол — со стороны раневой поверхности той же стороны, затем иглу вкалывают со стороны раневой поверхности передней стенки влагалища и выкалывают со стороны слизистой оболочки влагалища той же стороны, т. е. передней стенки влагалища. Таким образом, узел завязанного шва обращен в канал, который образуется по мере соединения краев раны. В результате слизистая оболочка влагалища укрывает шейку матки. Последующие швы накладывают поочередно то с одной, то с другой стороны для соединения боковых краев раны. Вкол с нижнего края раны делают со стороны слизистой влагалища, а выкол — на передний край со стороны раневой поверхности на слизистую оболочку влагалища. При необходимости можно наложить дополнительно узловые швы в центре раневой поверхности. После соединения боковых стенок образуются два узких боковых канала, которые сообщаются между собой через сформированный верхний канал, около шейки матки.

После этого производят кольпоперинеоррафию с леваторопластикой.

12.2.7. ОПЕРАЦИЯ ЛАБГАРТА (НЕПОЛНЫЙ КОЛЬПОПЕРИОНЕОКЛЕЗИС)

Производят почти круговой разрез в области входа во влагалище, который оканчивается с обеих сторон на 1 см от мочеиспускательного канала, но на его уровне. Затем делают два параллельных разреза вдоль мочеиспускательного канала по

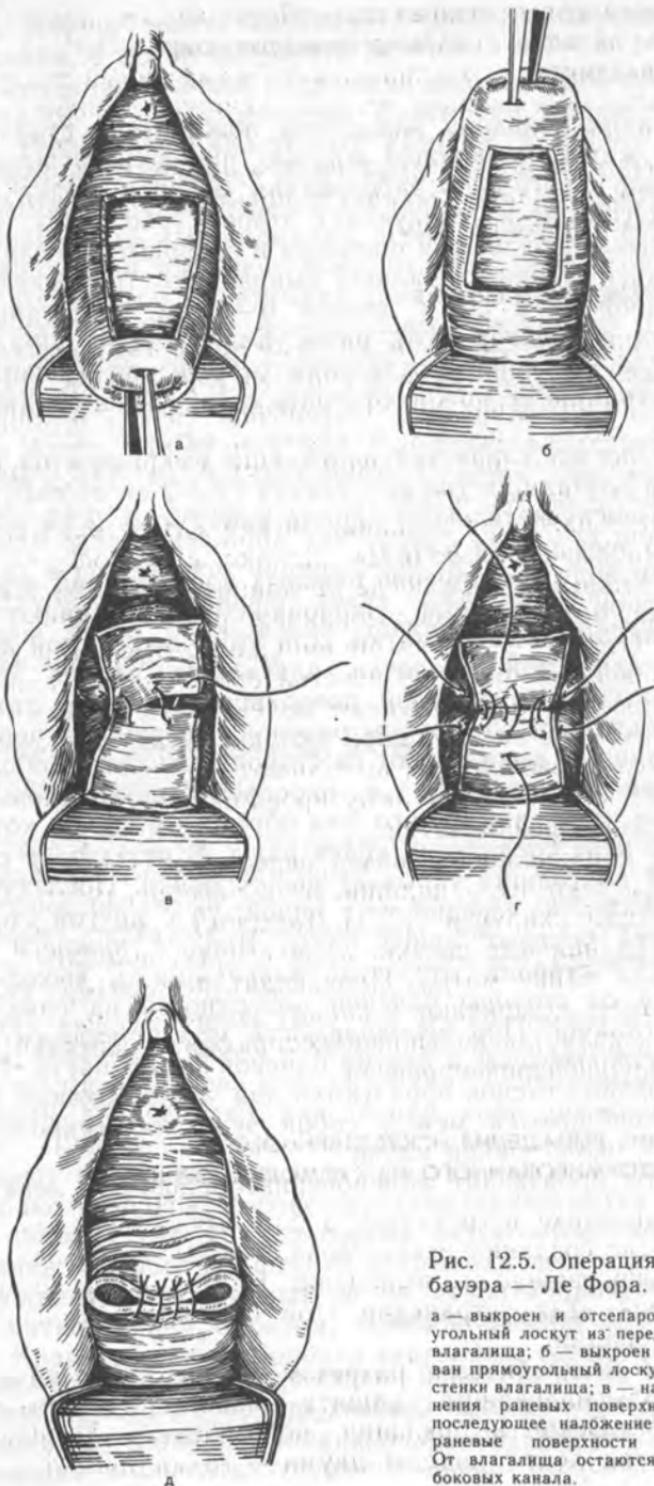


Рис. 12.5. Операция Нейгбауэра — Ле Фор.

а — выкроен и отсепарован прямоугольный лоскут из передней стенки влагалища; б — выкроен и отсепарован прямоугольный лоскут из задней стенки влагалища; в — начало соединения раневых поверхностей; г — последующее наложение швов; д — раневые поверхности соединены. От влагалища остаются два узких боковых канала.

передней поверхности влагалища. По боковым поверхностям влагалища производят разрезы, которые соединяют на уровне середины влагалища, и отсепааровывают намеченный лоскут. Накладывают швы в несколько этажей, начиная с задней стенки влагалища, в последнюю очередь — на парауретральные разрезы. Соединяют края кожи входа во влагалище и промежности. Таким образом создают массивную промежность и сохраняют небольшой участок влагалища.

12.2.8. МАНЧЕСТЕРСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Операция практически является сочетанием ампутации шейки матки, передней кольпоррафии и кольпоперинеоррафии. Она рекомендуется при опущении матки с одновременной элонгацией ее шейки. Производить операцию женщинам, которые хотят сохранить детородную функцию, не рекомендуется, так как нарушается форма канала шейки матки.

Влагалище обнажают в зеркалах, шейка матки захватывается пулевыми щипцами и низводится. Делают круговой разрез на уровне влагалищных сводов после предварительного расширения канала шейки матки с использованием расширителей Гегара до № 11—12. Отступя 1—1,5 см от наружного отверстия уретры, производят линейный разрез слизистой оболочки влагалища до кругового разреза. Отсепааровывают мочевой пузырь, но не обязательно до пузырно-влагалищной складки. Как только шейка матки достаточно освободится, выполняют клиновидную ампутацию шейки матки. Величина ампутированной части зависит от степени удлинения шейки матки.

Основание кардинальных связок пересекают у самой шейки матки, перевязывают их и подшивают к передней части шейки матки. Некоторые хирурги (С. Н. Давыдов) рекомендуют не пересекать кардинальные связки, а натягивая, подшивать их к передней стенке шейки матки. Производят переднюю пластику. Стенки влагалища подшивают к каналу шейки матки. Завершением операции является кольпоперинеоррафия с передней кольпоррафией и кольпоперинеоррафией.

12.2.9. УСТРАНЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

В нашей практике встретились 3 больных, у которых через 15—20 лет после создания искусственного влагалища из сигмовидной кишки произошло его выпадение. Влагалище было вывернуто, как чулок. Для устранения этой патологии произведена следующая операция.

Поперечным надлобковым разрезом вскрыта брюшная полость. К куполу влагалища подшита аллопластическая лента шириной 2 см. Вскрыта брюшина, покрывающая крестцовую впадину, и конец ленты подшит двумя — тремя швами к над-

костнице промотория. Восстановлены целость брюшины над аллопластической лентой и брюшная стенка. Операция дала стойкий эффект.

Глава 13

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

13.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В структуре гинекологической заболеваемости воспаление придатков матки по частоте стоит на первом месте. Заболевание, как правило, возникает у женщин детородного возраста.

В настоящее время клинические проявления воспалительного процесса в придатках матки изменились. Гораздо чаще встречаются стертые формы заболевания, в связи с чем лечение начинают поздно. Из стационара нередко выписывают недолеченных больных.

Наличие очага воспаления в организме женщины приводит к ряду изменений, так как он является источником раздражения для нервной и эндокринной систем организма. В очаге воспаления вследствие склеротических изменений в сосудах нарушается кровообращение, а рубцово-спаечные процессы, развивающиеся в результате воспаления, нередко приводят к выраженным анатомическим и функциональным изменениям.

Хронический воспалительный очаг сопровождается изменениями в нервной системе, в частности в центральной (кора — гипофиз — гипоталамус, диэнцефальная область), которые в свою очередь становятся источниками самостоятельной патологической импульсации. Таким образом, возникает порочный круг, который значительно затрудняет терапию воспалительных заболеваний.

У больных воспалительными заболеваниями придатков матки резко меняется иммунологическая реактивность, что, по-видимому, имеет большое значение в патогенезе. Установлено, что микробный фактор быстро теряет первоначальное значение.

13.2. РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ

В настоящее время микрофлора влагалища представлена ассоциациями 1—2 аэробных и 1—2 анаэробных микроорганизмов. Аэробная микрофлора влагалища и канала шейки матки — чаще всего энтерококком, кишечной палочкой, эпидермальным стафилококком. Эти микроорганизмы могут существовать и в виде факультативных аэробов. К анаэробной микрофлоре отно-

сятся пептококки, пептострептококки и бактериоиды. Чаше стали выявляться дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Возрастает роль грамотрицательной флоры, представленной протеом и клебсиеллой. В 80 % случаев микрофлора влагалища идентична микрофлоре канала шейки матки, но в количественном соотношении она превосходит последнюю.

В связи с неправильным и непропорционально широким использованием антибиотиков произошли селекция микроорганизмов и распространение антибиотикоустойчивых штаммов. Если учесть, что условно-патогенная микрофлора выходит на первое место и при этом обладает большой природной устойчивостью к антибиотикам, то можно объяснить большое число хронических воспалительных процессов в половых органах.

Все большее значение в структуре воспалительных заболеваний приобретает хламидийная инфекция, обладающая тропностью к цилиндрическому эпителию уrogenитального тракта. Хламидии могут быть выделены из эндоцервикса, тканей маточных труб у женщин, страдающих трубным бесплодием. Антитела при серологических реакциях обнаруживаются в сыворотке крови у 72—75 % больных хроническими сальпингитами. Хламидийные сальпингиты отличаются длительностью течения и не поддаются массивной антибактериальной терапии.

Воспалительные заболевания внутренних половых органов лечат консервативно, но при опухолевидных образованиях воспалительной этиологии в ряде случаев приходится прибегать к хирургическому лечению.

В настоящее время все большее значение в лечении воспалительных заболеваний приобретает лапароскопия, при которой можно не только осмотреть внутренние половые органы, но и взять соскоб для определения микрофлоры маточных труб, позадаточного пространства и в случае необходимости осуществить дренирование малого таза.

13.3. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Показания определены достаточно четко:

1. Наличие в придатках матки опухолевидного образования, не поддающегося консервативной терапии. Если после консервативной терапии исчезает болевой синдром и рассасывается опухолевидное образование, то лечение можно считать успешным. Однако если через 2—3 мес возникает рецидив, который снова поддается терапии, а после кратковременной ремиссии опять возникает рецидив, то больную следует оперировать. Эту тактику можно обосновать следующим образом:

наличие очага воспаления, не поддающегося консервативной

терапии, создает порочный круг и постепенно в патологический процесс вовлекаются различные системы организма. Нарушаются функции нервной, сосудистой, эндокринной систем, а также обмен веществ. Постоянно возникающие обострения процесса могут быть обусловлены сенсбилизацией организма, которая поддерживается очагом воспаления. В этих случаях показано оперативное лечение.

При наличии опухолевидного образования в придатках матки чаще всего имеет место сактосальпинкс с серозным содержимым, который, как правило, сопровождается спаечным процессом в результате предшествующего воспаления. После разделения спаек накладывают зажимы на мезосальпинкс и маточный угол трубы. Эти образования пересекают и лигируют. Маточную трубу удаляют. Перитонизацию производят за счет круглой связки или листков широкой связки.

2. Невозможность исключить наличие истинной опухоли яичника. При наличии опухолевидных образований проводить терапию более 3 мес не рекомендуется. Противовоспалительная терапия может расцениваться и как диагностический тест: если под воздействием лечебных факторов образование не уменьшается, то нельзя исключить истинную опухоль и показано оперативное лечение.

Истинные опухоли нередко сопровождаются перифокальным воспалением. Проведение терапии может вести к уменьшению образования и улучшению самочувствия. В том случае, когда образование после лечения приобретает более четкие контуры, надо подумать об опухоли.

Объем операции зависит от характера опухоли яичника и возраста больной. После разделения спаек и восстановления нормальных анатомических соотношений операцию выполняют по общепринятым правилам.

3. Гнойное тубовариальное образование. В этих случаях имеют место симптомы раздражения брюшины, высокий лейкоцитоз, лихорадочное состояние и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Таким больным показана операция.

В соответствии с общехирургическими принципами гнойный очаг должен быть удален. Промедление может привести к перфорации гнойника и даже развитию разлитого перитонита. Чем раньше осуществлено оперативное вмешательство, тем консервативнее оно может быть.

Хирургическое пособие при гнойных воспалительных образованиях придатков матки относится к разряду наиболее сложных, так как требует широкой общехирургической и урологической подготовки. Любая операция, производимая по поводу воспалительных, особенно гнойных, образований придатков матки, атипична. Это обуславливается чрезвычайным многообразием и подчас непредсказуемостью спаечного и воспалительно-инфильтративного процесса.

13.4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Прежде чем перейти к описанию операций, остановимся на основных принципах хирургического лечения больных.

Оптимальным сроком для операции является период ремиссии воспалительного процесса.

Если на фоне острого пельвиоперитонита имеются опухолевидные образования, то целесообразно провести предоперационную подготовку. Примерная схема ее следующая: 1) белковые препараты — альбумин по 200—300 мл 10 % раствора через день, на курс 1000 мл; сухая или нативная плазма по 300 мл через день, на курс 1200 мл; 2) раствор Рингера — Локка в суточной дозе 2000—2500 мл, реополиглюкин поочередно с гемодезом (по 400 мл каждого); 3) антигистаминные препараты в обычных дозах; 4) препараты пиразолонового ряда (бутадиион по 0,15 г 4 раза в сутки, реопирин в дозе 5 мл 1 раз в сутки внутримышечно).

Разрез передней брюшной стенки должен быть продольным. При необходимости это позволяет произвести радикальную операцию, полную ревизию органов малого таза и брюшной полости.

Во время операции следует удалить полностью опухолевидные воспалительные образования и свободно лежащие некротические ткани. При необходимости объем операции может быть расширен до экстирпации матки с придатками. Кроме того, обязательно полное опорожнение гнойников (если они имеются) в брюшной полости и малом тазе.

При наличии гнойных тубовариальных образований операцию следует выполнять в срочном порядке, так как промедление может привести к тяжелым осложнениям: прорыву гнойника в мочевого пузырь или прямую кишку, или свободную брюшную полость, что может вызвать разлитой гнойный перитонит.

При разлитом перитоните следует поступать по общехирургическим правилам, а именно: широко дренировать брюшную полость через боковые каналы и оставить микроирригаторы для введения в брюшную полость антибиотиков, а при необходимости осуществить перитонеальный диализ.

Большой ошибкой являются вскрытие и дренирование гнойных образований придатков матки без их удаления. Такая тактика приводит к возникновению гнойных свищей на передней брюшной стенке или во влагалище в зависимости от того, как проводилось дренирование.

В нашей практике встречались больные, у которых имели место множественные свищи, возникшие после операций подобного рода.

В исключительных случаях (нет условий для операции или квалифицированного специалиста, а имеется угроза перфорации гнойника в брюшную полость) можно произвести кольпотомию и дренирование гнойника.

Подобное дренирование следует рассматривать как временное

мероприятие. В ближайшие дни необходимо радикально удалить гнойник.

Длительное существование гнойника и свищей истощает женщину, приводит к инвалидности. Такие больные нуждаются в оперативном лечении. Необходима предоперационная общеукрепляющая подготовка для поднятия защитно-приспособительных сил организма.

Иногда в малом тазе образуются абсцессы. При этом нередко гнойная полость сообщается с просветом толстой кишки. Вмешательства у этих больных относятся к числу наиболее тяжелых гинекологических операций.

Операция всегда должна заканчиваться адекватным дренированием с активной эвакуацией раневого отделяемого и продуктов распада.

13.4.1. ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Прежде всего восстанавливают нормальные анатомические взаимоотношения органов малого таза и брюшной полости. Этот этап следует всегда проводить чрезвычайно осторожно.

Разделение сращений следует начинать с полного освобождения свободного края большого сальника. Для этого его сначала отделяют от висцеральной брюшины, а затем от пораженных придатков (практически он всегда интимно спаян с ними). Если сальник значительно инфильтрирован, то измененную часть свободного края большого сальника резецируют в пределах здоровых тканей. Необходимо особенно тщательно проводить гемостаз с прошиванием и перевязкой сальника и его сосудов.

Выделение придатков матки из сращений гнойного образования начинают по возможности от задней стенки матки. В большинстве случаев гнойные образования придатков матки при остром воспалительном процессе как бы «заворачиваются» в задний листок широкой связки, отделяясь таким образом от остальных отделов малого таза и брюшной полости. Это своего рода защитная реакция организма от возможной перфорации гнойника. Такое отграничение происходит справа против часовой стрелки, а слева по ходу ее. В результате воспалительное образование как бы закрыто широкой маточной связкой, т. е. располагается псевдоинтралигаментарно.

Выделение гнойных воспалительных образований целесообразно начинать, как уже указывалось, от задней поверхности матки, как бы раскручивая образование тупым пилящим движением пальцев. Так, воспалительное образование правых придатков следует отделять по часовой стрелке (справа налево), а воспалительное образование левых придатков — против ее хода (слева направо).

Часто в результате рецидивирующего течения процесса между воспалительным образованием и крестцово-маточными связками с пораженной стороны формируются плотные сращения, которые

препятствуют описанному выше способу выделения придатков тупым путем. Необходимо предварительно рассечь эти сращения как можно ближе к задней поверхности матки и только после этого приступать к выделению образований.

При больших гнойных тубовариальных образованиях еще до выделения их целесообразно произвести пункцию или небольшой разрез, через который ввести наконечник вакуум-аспиратора и удалить гнойное содержимое. Некоторые хирурги рекомендуют после такой эвакуации гноя промыть полость абсцесса придатков каким-либо антисептическим раствором. Мы считаем эту процедуру излишней, хотя теоретически она оправдана.

Перед пункцией гнойного образования хирург должен тщательно изолировать брюшную полость от гнойного экссудата, который может попасть в нее при пункции. После того как гнойное образование спадется, освобождение его от спаек и визуальный контроль облегчаются, но становится сложнее определить границы образования и вовлеченных в процесс тканей.

Спаечный процесс в области пораженных придатков, широкой маточной связки и малого таза, а также в параметрии ведет к изменению топографо-анатомического расположения мочеточников. Это в большей мере касается гнойных образований, хотя и при серозных нередко наблюдаются значительные смещения мочеточников, что может быть причиной их интраоперационной травмы.

Во время операции необходимо тщательное и полное разъединение сращений кишечника, что является залогом успешности операции. Разделение кишечных сращений допустимо производить только острым путем, используя тонкие препаровочные ножницы.

Нельзя ограничиваться отделением петель кишечника от воспалительного образования. Следует разделить спайки и между самими петлями спаянного между собой кишечника в малом тазе. Это необходимо не только для профилактики спаечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде, но также для ревизии и исключения возможных крупных и мелких межкишечных абсцессов, которые встречаются у 1,5 % больных с гнойными процессами в придатках матки. При подобных операциях хирург обязан произвести тщательную ревизию червеобразного отростка; если он не изменен, то дополнительного вмешательства не требуется.

Удалять аппендикс следует только при показаниях, к которым нужно отнести его воспалительные изменения. При правостороннем воспалительном образовании придатков матки вовлечение аппендикса в воспалительный процесс представляется весьма вероятным. Воспаление в отростке может привести к вторичному абсцессу придатков и наоборот.

После восстановления нормальных анатомических взаимоотношений органов малого таза и брюшной полости хирург определяет оптимальный объем операции. Последний зависит от характера процесса, сопутствующей патологии гениталий и возраста

больной. Прежде всего следует учитывать глубину, тяжесть и распространенность деструктивного воспалительного, в первую очередь гнойного, процесса. В тех случаях, когда имеется возможность выполнить щадящую операцию, необходимо удалить воспалительное образование в пределах здоровых тканей.

Надо считать правилом следующее положение: чем старше больная, тем радикальнее должна быть операция. Следует отметить, что у пожилых женщин редко возникают гнойные тубовариальные образования. Если они образуются, то, как правило, являются результатом нагноения опухоли яичника.

При выполнении операции встречаются значительные трудности технического порядка, что обусловлено инфильтрацией и отеком, тяжелыми деструктивными изменениями тканей, атипичным расположением сосудистых пучков и венозных сплетений, деформацией и смещением мочевого пузыря и мочеточников.

Круглые и воронкотазовые связки (или собственные связки яичников и маточной трубы при сохранении придатков с противоположной стороны) рассекают обычным путем. Перевязку с прошиванием их следует производить с учетом отека и утолщения. Вскрытие пузырно-маточной складки и отсепаровка мочевого пузыря книзу могут представлять значительные трудности при вовлечении последнего в воспалительный процесс. Мы отдаем предпочтение отделению мочевого пузыря острым путем при его инфильтрации и спаянии с окружающими тканями и тупым путем — при неизменной стенке пузыря. Особенностью экстирпации матки у данного контингента больных является целесообразность производить экстирпацию матки без предварительного рассечения и лигирования крестцово-маточных связок и маточных сосудов. Для этого после отсепаровки мочевого пузыря вдоль шейки матки максимально близко к ней накладывают прямые длинные зажимы Кохера, рассекают кардинальные связки, а затем прошивают и лигируют ткани. Так продолжают до тех пор, пока не будут обнажены обе или одна из боковых стенок влагалища, после вскрытия которых отсечение и удаление матки не представляет трудностей.

Этот этап операции А. Дуайен предлагает выполнять следующим образом. После обнажения задней стенки влагалища ее вскрывают, шейку матки захватывают пулевыми двузубцами и вывихивают в рану. Слизистую оболочку влагалища рассекают вокруг шейки циркулярно до паравагинальной клетчатки. Потягиванием за шейку матки препарат отслаивают от паравагинальной клетчатки, натянувшиеся маточные сосуды пережимают и отсекают; препарат удаляют. Таким приемом достигается смещение мочеточников от сосудистых пучков и ликвидируется опасность их пересечения. В. С. Фриновский модифицировал прием Дуайена, предложив все этапы производить путем вскрытия передней стенки влагалища и вывихивания шейки матки в передний влагалищный свод. Суть и технические особенности этой модификации те же.

В некоторых случаях возникает необходимость отсепаровки мочеточников. Это следует делать в тех случаях, когда имеется подозрение на ранение мочеточника в момент операции. У ряда больных еще в дооперационном периоде при исследовании мочевыделительной системы выявляется стриктура мочеточника, вовлеченного в воспалительный процесс. В таких ситуациях хирургу приходится производить отсепаровку мочеточника.

Выделение мочеточника из инфильтрата следует начинать после рассечения и перевязки воронкотазовой связки почти у места ее отхождения. Именно здесь проще всего отыскать неизменный отдел мочеточника, так как обычно параметральные инфильтраты, сдавливающие его, располагаются в нижней и крайне редко в средней трети. Мочеточник следует отделить от заднего листка широкой маточной связки, после чего становится отчетливо видна граница инфильтрата и мочеточника и освобождение последнего уже не представляет трудностей. Выделять мочеточник (мочеточники) следует после полного удаления гнойника или экстирпации матки.

Заключительный этап операции — перитонизация. Обычно ее выполняют непрерывным швом, однако в условиях отечных, инфильтрованных и воспалительно измененных тканей такой шов часто прорезывается, не обеспечивая главного условия перитонизации — плотного прилегания брюшины и герметичной изоляции операционной раны. Целесообразно производить перитонизацию путем наложения отдельных лигатур из кетгута, хромированного кетгута или тонкого рассасывающегося синтетического шовного материала. Перитонизация при экстирпации матки должна выполняться таким образом, чтобы культя влагалища оставалась открытой и обеспечивала любое чрезвлагалищное дренирование малого таза и брюшной полости.

Обеспечение дренирования у больных воспалительными и в первую очередь гнойными процессами придатков матки — одно из основных и обязательных условий. Оптимальным способом дренирования является на сегодня трансвагинальное дренирование. Шовным материалом, которым можно и следует пользоваться при выполнении хирургического вмешательства у таких больных, является простой и хромированный кетгут, а также синтетические рассасывающиеся нити (супрамид, вакрил и др.). Противопоказано использование шелка в качестве шовного материала (возникновение абсцессов и лигатурных свищей).

Особое внимание у больных, оперированных по поводу воспалительных (особенно гнойных) образований придатков матки, хирург должен уделять гемостазу. Тщательность гемостаза диктуется ослаблением защитных и регулирующих гемостаз функций печени, которое может произойти при токсическом воздействии на нее бактериальных токсинов и патологических метаболитов. Мы рекомендуем в конце операции перед зашиванием брюшной полости тщательно промыть ее раствором диоксида, разводя 10 мл препарата в 500 мл изотонического раствора хлорида нат-

рия. Следует использовать не менее 2 л раствора, приготовленного таким образом. В конце промывания достаточно придать больной на операционном столе фовлеровское положение, и большая часть раствора эвакуируется через открытую влагалищную трубку.

Следует учитывать, что при зашивании передней брюшной стенки у больных с воспалительными образованиями придатков матки в большей или меньшей степени нарушаются процессы регенерации и заживления, поэтому всегда остается опасность частичного или полного расхождения швов, а в дальнейшем образования операционной грыжи передней брюшной стенки. В связи с этим наиболее целесообразно зашивать переднюю брюшную стенку отдельными капроновыми швами через все слои в два этажа. В тех же случаях, когда можно осуществить послойное зашивание, следует накладывать на апоневроз отдельные капроновые швы, а на кожу отдельные шелковые лигатуры. Такое зашивание является надежной мерой профилактики эвентрации в раннем и послеоперационной грыжи в позднем послеоперационном периоде.

13.4.2. ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Адекватность и полнота дренирования являются ведущими условиями профилактики гнойно-септических осложнений. В послеоперационном периоде имеется необходимость эвакуации раневого содержимого из брюшной полости, в первую очередь из области, где имела наибольшая зона деструкции тканей.

Способы дренирования целесообразно делить на:

1) терапевтические, применяемые при перитоните, пельвиоперитоните, гнойных воспалительных образованиях придатков матки, абсцессах в брюшной полости и малом тазе;

2) профилактические — при длительных, травматичных операциях, сопровождающихся разделением обширных сращений в брюшной полости и малом тазе, тяжелом эндометриоидном процессе с прорастанием в соседние органы, зашивании высоких прямокишечно-влагалищных, кишечно-генитальных, мочеточниково-влагалищных свищей.

Мы различаем следующие способы дренирования:

1. Пассивное дренирование при гинекологических операциях производится тогда, когда предполагается повышенная экссудация в зоне оперативного вмешательства, обусловленная травматичностью операции, и отсутствуют условия для естественного его оттока. В таких случаях вводят дренажи через контрапертуры передней брюшной стенки, причем перфорированный конец дренажной трубки располагают в наиболее отлогих местах брюшной полости и малого таза — латеральнее канала и позади-маточного углубления. В качестве дренажей целесообразно использовать трубки из силиконовой резины, которая отличается высокой индифферентностью к тканям.

Для введения лекарственных веществ в дренируемую полость ограничиваются оставлением микроирригаторов, т. е. дренажей шириной не более 3—5 мм, которые вводят через дополнительные разрезы передней брюшной стенки.

Бестампонное дренирование по Брауде осуществляют в случаях расширенной экстирпации матки для обеспечения оттока отделяемого из параметрия и забрюшинных клетчаточных пространств. Этот вид дренирования целесообразно проводить во всех случаях, когда выполняют экстирпацию матки, у больных с риском развития гнойных осложнений в малом тазе, что способствует уменьшению числа послеоперационных осложнений. Кроме того, всегда есть возможность восстановить условия для оттока из малого таза раневого отделяемого, произведя пальцевое расширение купола влагалища в сторону инфильтрата.

2. Проточный перитонеальный диализ применяют при разлитом гнойном перитоните.

Наиболее прогрессивным из всех пассивных методов дренирования следует считать перитонеальный диализ. Однако он не лишен существенных недостатков. Возможно развитие напряженного гидроперитонеума, что является следствием нарушения адекватности оттока диализата вследствие закупорки просвета дренажей. В связи с этим может наблюдаться гипергидратация. Задержка инфицированной жидкости в организме может быть причиной диссеминации гнойного процесса. Даже сложный по составу диализирующий раствор не может полностью воспроизвести минеральный и белковый состав крови.

3. Метод аспирационно-промывного дренирования (АПД). В настоящее время он является наиболее эффективным. Для его применения необходимы следующие аппараты и дренажи:

1) аппарат-отсасыватель (ОП-01), сконструированный во ВНИИ электромеханики. Снабжен устройством, позволяющим автоматически сохранять заданный режим разряжения в пределах от 0 до 110 см вод. ст.;

2) дренажные трубки (ТГЛГЛК) — двухпросветные силиконовые дренажи диаметром 6—11 мм. Имеют два просвета: один узкий микроирригатор, расположенный в толще стенки дренажа и идущий по всей его длине, другой — широкий (собственно дренирующий), который перфорируется.

АПД позволяет бесперебойно длительное время обеспечивать эвакуацию патологического содержимого из дренируемой полости. При АПД происходит также самопромывание широкого просвета двухканального дренажа, что в конечном счете приводит к разжижению раневого экссудата, в результате чего снижается вероятность закупорки просвета дренажа гнойными пробками, свертками крови. АПД исключает возможность задержки жидкости в организме и развития напряженного гидроперитонеума, диссеминации гнойного процесса и т. д.

Можно установить такой режим АПД, чтобы обеспечивалась адекватная эвакуация только раневого отделяемого для создания

условий так называемой сухой раны, что особенно ценно при заживлении швов на полых органах.

Течение послеоперационного периода у больных, при лечении которых используется АПД, характеризуется укорочением лихорадочного состояния, что является результатом более быстрого купирования воспалительного процесса и уменьшения резорбции токсических веществ.

При АПД не происходит значительных потерь организмом калия, который с промывными водами практически не выводится, что является профилактикой пареза кишечника. Несмотря на то что все тяжелые нагноительные процессы сопровождаются существенными потерями белка, при использовании АПД эти потери минимальны благодаря более быстрому купированию воспалительного процесса. Общее количество белка, теряемого с «диализатом» при АПД, не превышает 4—5 г в сутки.

Показаниями к АПД в послеоперационном периоде являются:

1. Нагноительные процессы в брюшной полости и малом тазе.
2. Операции, проводимые на полых органах в заведомо инфицированных условиях: мочеполовые и кишечно-половые свищи, ранение соседних органов при вмешательстве по поводу гнойного процесса в малом тазе и брюшной полости.

Техника проведения АПД. Введение дренажей в дренируемую полость может осуществляться: 1) через переднюю брюшную стенку путем дополнительных разрезов в гипо- или мезогастральных областях; 2) через купол влагалища после экстирпации матки; 3) через задний свод влагалища при сохраненной матке; 4) комбинированно, т. е. при сочетании перечисленных способов.

При введении дренажей через переднюю брюшную стенку кожу последней рассекают таким образом (прокол скальпелем), чтобы длина инцизии не превышала диаметр трубки. Дренаж проводится по предварительно тоннелированному каналу посредством зажима Микулича.

Дренирование через купол влагалища осуществляют следующим образом. После экстирпации матки, гемостаза влагалищной трубки и перитонизации параметрия кисетными швами двухпросветный дренаж проводится через открытый купол влагалища на необходимую глубину в брюшную полость.

При сохраненной матке выполняют заднюю кольпотомию и проводят дренаж через кольпотомное отверстие. При этом виде дренирования целесообразнее использовать дренажи диаметром 11 мм, а при дренировании через переднюю брюшную стенку — диаметром 6 и 8 мм. После проведения дренажа необходимо установить перфорированный отрезок трубки в соответствии с глубиной дренируемой полости и убедиться в том, что нет перегиба дренажа, оценить место расположения последнего перфорационного отверстия по отношению к внутренней стенке дренируемой полости. Последнее должно быть удалено от внутреннего

края полости не менее чем на 3 см. Дренаж фиксируют к коже наложением одного капронового шва, причем сам дренаж следует прошить.

Вопрос о числе дренажей и путях их введения решают в каждом случае индивидуально. При дренировании по поводу гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости и малом тазе режим работы АДП следующий: скорость введения капель в среднем 60 в минуту, разрежение 30—35 см вод. ст.

Систему для аспирационно-промывного дренирования собирают следующим образом. Широкий просвет дренажей через стеклянные переходники, резиновые шланги, тройники подсоединяют к штуцеру крышки (диаметром 8 мм) банки-сборника объемом 3 л. Последнюю соединяют с предохранительной банкой аппарата ОП-1 (в банку-сборник поступает диализат, а вторая банка, вмонтированная непосредственно в аппарат, предохраняет устройство от попадания в него жидкости).

К микроирригатору двухпросветного дренажа посредством иглы Дюфо или тонких катетеров (типа подключичного или для проведения перидуральной анестезии) подсоединяют обычную трансфузионную систему. Раствор, предназначенный для промывания, капельно подают в дренируемую полость. Он частично сразу всасывается, а частично поступает в дренируемую полость, омывая стенки последней, затем удаляется через широкий просвет дренажа. Длительность применения АДП зависит от патологии и состояния больной. При показаниях она может достигать 10—12 сут.

Критериями для прекращения дренирования служат улучшение состояния больной, восстановление функции кишечника, купирование воспалительного процесса в брюшной полости, тенденция к нормализации клинических анализов крови и температуры тела, а также характер промывных вод. Последние должны быть прозрачными, светлыми, без примеси детрита.

От персонала требуется строгий учет количества введенной и выведенной жидкости. Обычно они одинаковы или дефицит не превышает 100 мл. В случаях, когда происходит задержка отведения промывной жидкости, необходимо найти причину последней и срочно устранить ее. Наиболее часто причиной нарушения правильности работы системы АДП является нарушение герметичности.

В результате нарушения правил дренирования может произойти закупорка дренажной трубки, поскольку в течение нескольких часов в дренируемую полость не поступает жидкость. Для устранения указанного состояния необходимо освободить дренаж от сгустков. Для этого следует пальцами одной руки пережать дистальный отдел дренажа, а другой энергично несколько раз сжать проксимальный его отдел, затем включить капельницу. Если после того, как введено 20—30 мл жидкости, она не отводится, следует вновь повторить указанный прием. В отсутствие эффекта необходимо промыть и микроирригатор и широкий

просвет дренажа раствором фурацилина с помощью шприца, если же и эта манипуляция неэффективна, можно подтянуть дренаж на 1—3 см (до ощущения преодоления препятствия).

Избежать указанных состояний можно только при непрерывном промывании дренируемой полости путем капельной постоянной подачи жидкости. Кроме того, с целью профилактики закупорки дренажа достаточно через 4—5 ч пускать жидкость в дренируемую полость струйно в течение 10—15 с, проверяя проходимость трубок (т. е. сравнить скорость введения жидкости в дренируемую полость и скорость поступления промывных вод в банку-сборник).

Одним из преимуществ АПД является то, что если состояние больной позволяет расширить режим, то систему можно отключить (отключают капельницы от микроирригатора, резиновые шланги от переходников) и разрешить больной ходить. Через некоторое время больная может быть снова подключена к активному дренированию.

Глава 14

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Бесплодие является одной из актуальных проблем гинекологии. К бесплодию могут вести различные причины: эндокринные расстройства, инфантилизм, иммунологическая несовместимость партнеров и т. д.

Основной причиной бесплодия является заболевание маточных труб, в частности их непроходимость в различных отделах вследствие воспаления или спаечного процесса, возникшего после операций в малом тазе и брюшной полости. В отсутствие эффекта консервативной терапии прибегают к хирургическим методам лечения.

Наиболее перспективным методом лечения трубного бесплодия является проведение операций с помощью микрохирургической техники. Однако далеко не все стационары оснащены операционными микроскопами и микрохирургическим инструментарием.

Частота возникновения беременности после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах средствами обычной хирургии достигает 33 % (при использовании микрохирургического метода этот показатель значительно возрастает).

Проходимость маточных труб восстанавливается у значительного числа женщин, но беременность не наступает из-за того, что не удается восстановить нормальную функцию труб.

Очень большое значение для успеха операции имеет строгий учет показаний и противопоказаний к хирургическому лечению трубного бесплодия.

14.1. ПОКАЗАНИЯ

Пластическая операция на маточных трубах показана женщинам, как правило, в возрасте до 32 лет с непроходимостью в ампулярных, интерстициальных или интрамуральных отделах в отсутствие эффекта консервативной терапии, при наличии овуляторного цикла, а также если нет противопоказаний к беременности и сперма мужа полноценна.

Диагноз непроходимости маточных труб ставится на основании гистеросальпингограммы, подтверждается данными кимографической пертубации. Для оценки состояния органов малого таза, выраженности спаечного процесса желательнее перед оперативным вмешательством производить лапароскопию.

14.2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Длительность бесплодия свыше 10 лет, многократные гидротубации (слущивается трубный эпителий), возраст старше 35 лет, экстрагенитальные заболевания, при которых беременность противопоказана, острые и подострые воспалительные процессы в брюшной полости являются противопоказаниями к хирургическому лечению.

Пластика маточных труб противопоказана женщинам, которые перенесли острый воспалительный процесс в придатках матки менее чем за год до операции. Абсолютным противопоказанием служит наличие туберкулеза гениталий и тяжелая экстрагенитальная патология.

Наличие обширного спаечного процесса в малом тазе и брюшной полости также должно быть противопоказанием к оперативному вмешательству.

Нецелесообразно производить повторную пластическую операцию на маточных трубах.

Выявлена определенная зависимость между длительностью проводимой консервативной терапии и состоянием маточных труб. У женщин, лечившихся более 5 лет, маточные трубы имеют плотные, фиброзированные стенки, расширенные на всем протяжении. Очевидно, что функциональные возможности маточных труб в этих случаях значительно снижены, вследствие чего снижены и способности к восстановлению основных функций и вероятность успеха от хирургического лечения.

Обследование больной включает тщательный сбор анамнестических данных, причем первостепенное значение приобретает акушерский анамнез, так как имевшиеся в прошлом беременности и роды с большей вероятностью свидетельствуют о ненарушенной генеративной функции. Необходимы данные ректальной термометрии и спермографии мужа.

Операции по восстановлению проходимости маточных труб рекомендуется выполнять в первой фазе менструального цикла, когда преобладают анаболические процессы и нет риска повреж-

дения желтого тела. При хирургическом лечении трубного бесплодия производят следующие операции.

Сальпинголизис заключается в освобождении маточной трубы из окружающих спаек. Спайки разделяются острым путем или коагулируются. Тщательно следят за гемостазом.

Сальпингостомия состоит в рассечении заросшего ампулярного отдела маточных труб. Крестообразно рассеченные участки кетгутом подшивают к брюшине трубы. При этом происходит как бы формирование фимбрий. Ампулярный конец трубы можно фиксировать у яичника для облегчения зачатия.

Пересадка маточных труб в матку — значительно более сложная операция. Ее выполняют при непроходимости маточной трубы в интерстициальном отделе. Во время операции в маточную трубу через ампулярный отдел вводят метиленовый синий. Эта манипуляция облегчает определение непроходимого участка маточной трубы. В матке в трубном углу иссекают участок ткани диаметром 0,5 см. Имплантируемый участок трубы рассекают на две половины на протяжении 1 см и затем круглой тонкой лигатурой подшивают трубу к матке изнутри кнаружи. Оба конца лигатуры подводят кнаружи и после прошивания обоих лоскутов завязывают. На брыжейку трубы накладывают тонкие кетгутовые лигатуры.

В настоящее время использование различных протекторов не рекомендуется, так как при их введении травмируется трубный эпителий.

Пересадка яичника в матку не дает эффекта и не может быть рекомендована.

Относительно целесообразности реконструктивно-пластических вмешательств при наличии гидросальпинкса не существует единого мнения, так как функция маточной трубы не восстанавливается. Кроме того, при наличии гидросальпинкса эпителий в маточной трубе часто практически отсутствует. Исход сальпингостомии зависит от размеров гидросальпинкса, толщины перитубарных спаек, состояния мышечной стенки трубы и состояния мерцательного эпителия.

Основной причиной неудовлетворительного исхода операций на трубах является рецидив образования спаек. Предложено много методов профилактики этого осложнения. Так, применяется введение в брюшную полость во время операции различных лекарственных растворов — создание искусственного асцита, оставление тонких протекторов в трубах на различное время (от 7 до 30 дней). Однако, как показывает опыт, перечисленные методы малоэффективны. Более того, использование протекторов способствует дальнейшему нарушению структуры эпителия и изменению функции маточных труб. В связи с этим в настоящее время считается нецелесообразным проведение ранних гидротубаций, которые также приводят к излишнему травмированию трубного эпителия и могут содействовать инфицированию маточных труб после операции.

В ранние сроки после операции рекомендуются антибактериальная и физиотерапия, способствующие улучшению процессов питания в тканях, их дегидратации.

С целью выяснения проходимости и функционального состояния восстановленных маточных труб через 1—2 цикла после операции производят кимопертубацию. В зависимости от результатов исследования назначают корригирующие физиопроцедуры. Так, при нарушении координации сокращения маточных труб рекомендуется электрофорез магния на пояснично-сакральную область, при нарушении сократительной активности — электрофорез цинка. На весь период проведения восстановительного лечения рекомендуется контрацепция негормональными методами и измерение ректальной температуры.

Восстановление нарушенной функции маточных труб происходит в течение 1,5—2 лет.

14.3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ

Первый этап восстановительной физиотерапии играет исключительно важную роль после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, в том числе выполненных с применением микрохирургической техники.

На первом этапе восстановительной физиотерапии выбирать физический фактор, комбинируемый с переменным магнитным полем низкой частоты или токами УВЧ, следует с учетом характера гормональной активности яичников.

Больным с относительной гиперэстрогенией показан электрофорез цинка, вместо которого при гиперандрогении вводят радикал салициловой кислоты из 2 % раствора салицилата натрия, используют синусоидальные модулированные токи (СМТ) или гальванический ток. Электрофорез этих же лекарственных веществ проводят всем больным, у которых эндокринную овариальную активность незадолго до хирургического вмешательства не определяли.

Если, по данным исследования перед операцией, гормональная функция яичников не изменена или снижена, целесообразны ультразвуковые воздействия на надлобковую и обе паховые области, исключая линию послеоперационного шва.

Внеполостную (чрескожную) методику ультразвуковых воздействий, входивших в первый этап восстановительной физиотерапии после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, на втором этапе желательно заменить влагалищной. Это позволяет использовать вегетативно-иннервационные особенности данной зоны для достижения рефлекторно-сегментарным путем более положительного влияния на трофику органов малого таза. Используют аппарат УЗТ-31, ультразвуковой излучатель ИУТ. Процедуры выполняют в гинекологическом кресле или на кушетке, где больная лежит на спине с приведенными к животу

ногами. Лечение проводят ежедневно; общее число, как правило, 10—15.

На третьем этапе восстановительной физиотерапии после реконструктивно-пластической операции на маточных трубах усилия должны быть направлены на восстановление их сократительной активности. Если она дискоординирована, то целесообразна гальванизация зоны воротника по Щербаку без какой-либо модификации этой общеизвестной методики. При гипертонусе маточных труб с целью достижения антиспастического эффекта назначают электрофорез магния (из 5 % раствора сульфата магния). Такие воздействия осуществляют синусоидальными модулированными токами.

Отсутствие или снижение сократительной активности маточных труб является показанием к их электростимуляции.

Электростимуляцию маточных труб начинают с 5—7-го дня менструального цикла, по 5 мин ежедневно (всего 10—12 процедур). Через 2—3 нед можно повторить курс таких воздействий, однако дальнейшую электростимуляцию маточных труб не следует назначать без предварительных специальных исследований (кимографическая пертубация и др.).

При выраженных нарушениях в нейроэндокринной системе в комплекс лечения включают йодобромные ванны и влагалитические орошения, в нормализующем действии которых ведущую роль играет седативный эффект.

Через 3 мес целесообразно провести обследование по тестам функциональной диагностики, исследование анатомической проходимости маточных труб с помощью гистеросальпингографии или функциональной их активности с радиоизотопным сканированием.

При выявлении гипофункции яичников или других отклонений рекомендуется корригирующая терапия эстроген-гестагенными препаратами или «чистыми» гестагенами норстероидного ряда в лютеиновой фазе цикла прерывистыми курсами или лечение антигонадотропинами. В некоторых случаях стимулируют овуляцию препаратами типа кломифена. Чем раньше начата послеоперационная реабилитационная терапия, тем выше ее эффект.

14.4. СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Вопросами стерилизации исследователи начали заниматься с конца прошлого столетия. В отсутствие эффективных средств контрацепции стерилизация имела очень большое значение и нередко производилась в качестве самостоятельной операции.

Имеется большое число модификаций хирургических методов стерилизации. Практическое значение имеют операции, выполняемые на маточных трубах. В основе всех этих модификаций лежит нарушение проходимости маточной трубы.

В настоящее время при наличии эффективных средств контрацепции стерилизацию осуществляют как сопутствующую опера-

цию при других оперативных вмешательствах (кесарево сечение, удаление овариальных образований, миомэктомия и т. д.).

Наиболее простой метод стерилизации — перевязка маточной трубы [Lungren, 1880]. Операцию производят следующим образом. Маточную трубу распрямляют и растягивают таким образом, чтобы выбрать бессосудистый участок мезосальпинкса на расстоянии примерно 1 см от маточного угла. Затем крепкой лигатурой (не кетгутот!) из нерассасывающегося материала с помощью круглой иглы прокалывают мезосальпинкс у самой трубы и производят ее перевязку сначала с одной, а затем с другой стороны. Метод прост, но не всегда надежен. В некоторых случаях проходимость трубы может восстановиться из-за ослабления лигатуры или недостаточно прочной перевязки трубы.

Широко проводится стерилизация методом Мадлендера [Madlender, 1919]. Примерно на середине маточная труба захватывается и вытягивается пинцетом сверху таким образом, чтобы отводящий и приводящий ее участки образовывали острый угол. Одним крепким зажимом сильно раздавливают вытянутые участки маточной трубы, захватывая при этом и небольшой участок мезосальпинкса. После снятия зажима трубу перевязывают крепкой нерассасывающейся лигатурой. Участок маточной трубы выше лигатуры должен быть не длиннее 1 см во избежание возникновения обширного некроза. Этот метод так же прост, как и перевязка маточной трубы, но более надежен, хотя в редких случаях проходимость маточной трубы восстанавливается. Его можно рекомендовать при лечении тяжелобольных, когда необходимо быстро закончить операцию.

Наиболее надежным методом стерилизации является метод Дюцмана [Dützmann, 1911]. Операцию выполняют следующим образом: маточную трубу приподнимают и растягивают двумя пинцетами. Над ней вскрывают листок брюшины на протяжении 2—3 см. Отрезок маточной трубы под вскрытым листком брюшины десерозируют и иссекают. Оба отрезка трубы перевязываются. Производят расслоение листков широкой связки для того, чтобы в нее можно было погрузить перевязочные участки трубы. Концы нитей перевязанной трубы вдевают поочередно в круглую иглу и изнутри снаружки прокалывают широкую связку на расстоянии 1—1,5 см от места перевязки. Нити завязывают. При этом перевязанные участки маточной трубы оказываются повернутыми в разные стороны и перитонизированными: На рану мезосальпинкса накладывают восьмиобразный шов тонкой нитью, желателно с помощью круглой иглы.

Стерилизация путем иссечения маточного участка трубы не рекомендуется, так как эта операция может сопровождаться значительным кровотечением.

Стерилизация предпринимается только по медицинским показаниям и должна быть соответствующим образом оформлена: комиссия из трех врачей дает заключение о необходимости проведения стерилизации. Обязательно письменное согласие женщи-

ны на стерилизацию. В настоящее время относительно стерилизации действует положение Наркомздрава СССР № 303 от 01.06.39 г.

С развитием лапароскопической техники появилась возможность проводить стерилизацию путем коагуляции маточных труб или операции с помощью операционных лапароскопов.

За рубежом весьма распространен метод временной стерилизации женщины путем наложения клемм на интерстициальные отделы маточных труб во время лапароскопии. В дальнейшем при желании женщины восстановить репродуктивную функцию вновь производят лапароскопию. С маточных труб снимают клеммы, и проходимость труб восстанавливается.

Глава 15

ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

15.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Благодаря организации родовспоможения и гинекологической помощи за годы Советской власти резко снизилось число больных с генитальными свищами. В настоящее время они составляют сотые и тысячные доли процента по отношению к больным с заболеваниями половой системы, находящимся в стационарах.

Наличие генитального свища приводит женщину, нередко находящуюся в расцвете лет, к нетрудоспособности. Нарушаются менструальная и детородная функции, создается сложная обстановка в быту, что угнетающе действует на психику.

У всех этих больных в той или иной степени выражены воспалительные процессы в мочеполовых органах, которые обусловлены непосредственным сообщением мочевых путей с влагалищем. Рубцовые изменения и нарушение функции мочевого пузыря приводят к стриктуре или зиянию устьев мочеточников, что влечет за собой расширение верхних отделов мочевой системы.

Изменения в мочевых путях и бактериурия являются благоприятными факторами для возникновения мочекаменной болезни. Все вместе взятое в конечном итоге ведет к снижению функции почек, поэтому наличие мочеполового свища представляет серьезную угрозу здоровью женщины.

Основным этиологическим фактором возникновения свищей является родовая травма. На втором месте среди причин стоит операционная травма при гинекологических операциях. Другие причины (гнойные воспалительные процессы в органах малого таза, лучевое повреждение тканей при лечении рака шейки матки, бытовые травмы и др.) составляют 10 %. Эти данные свидетельствуют о том, что узкий таз имеет большое значение в

возникновении акушерской патологии, обуславливающей образование свища, особенно в тех случаях, когда не оказывается своевременно квалифицированная медицинская помощь в родах. При правильном ведении родов у женщин с узким тазом подобные осложнения сравнительно редки.

Основной жалобой больных с мочеполовыми свищами является полное или частичное недержание мочи. Нередко нарушается менструальный цикл, что обуславливается сопутствующим воспалительным процессом в матке и придатках или психической депрессией.

15.2. КЛАССИФИКАЦИЯ

Д. В. Кан (1978) предлагает следующую клиническую классификацию свищей (рис. 15.1—15.5).

Пузырные свищи: пузырно-влагалищные, пузырно-маточные, пузырно-придатковые.

Мочеточниковые свищи: мочеточниковые, мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные.

Уретровлагалищные и уретропузырно-влагалищные свищи.

Комбинированные свищи: мочеполовые, мочекишечные.

Сложные мочеполовые свищи.

Мы попытаемся изложить сведения о генитальных свищах согласно этой классификации. Добавлением к ней могут служить переднебрюшностеночные маточные и придатково-переднебрюшностеночные свищи.

15.3. ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ

Эта патология наиболее часто встречается в гинекологических стационарах.

15.3.1. ОСНОВНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ

Встречаются три основные разновидности пузырно-влагалищных свищей: 1) с локализацией в треугольнике мочевого пузыря, открывающиеся в центре передней стенки влагалища; 2) открывающиеся в переднем своде влагалища над шейкой матки (у 50 % больных высокорасположенные); 3) открывающиеся в культе влагалища, образовавшиеся после экстирпации матки (как правило, высокорасположенные) [Савицкая Л. К., 1966].

Д о с т у п ы. Известны следующие доступы для ушивания пузырно-влагалищных свищей: трансвагинальный, трансвезикальный, трансперитонеальный, брюшностеночно-экстраперитонеальный, комбинированный (вагинально-трансперитонеальный, вагинально-трансвезикальный, вагинально-брюшностеночно-экстраперитонеальный, абдоминально-внутрипузырный и др.). Доступ к операционному полю должен обеспечивать максимально благоприятное условие для мобилизации краев свищевого отверстия и наложения швов.



Рис. 15.1. Пузырно-влагалищный свищ.

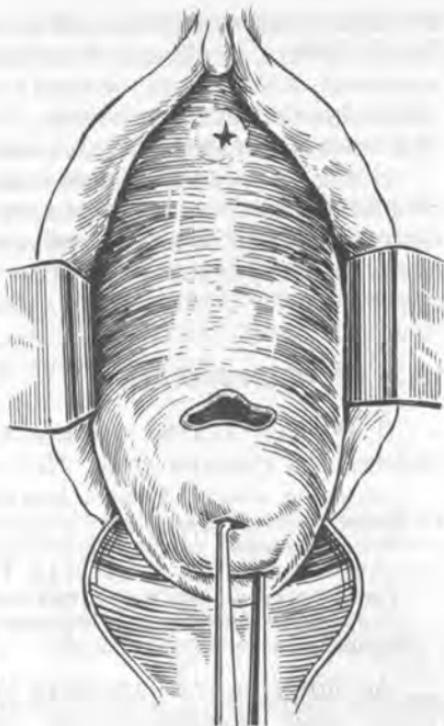
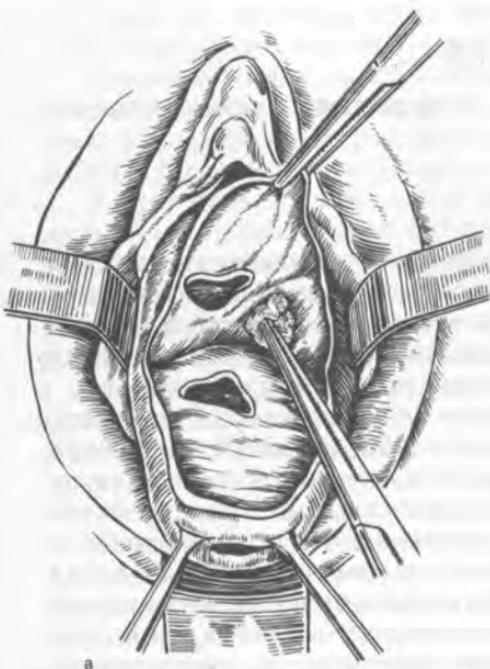
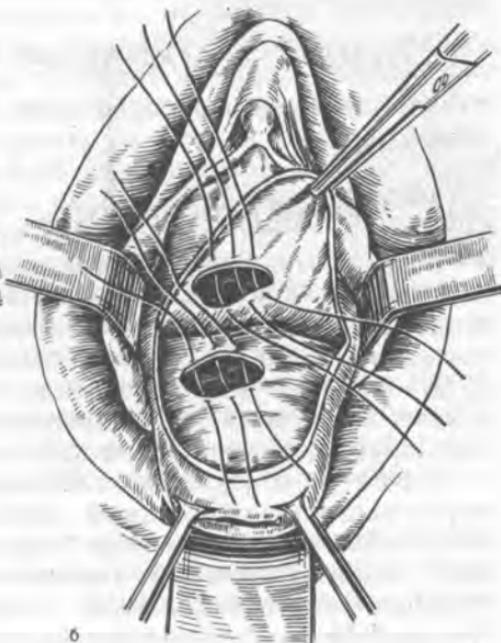


Рис. 15.2. Пузырно-влагалищный свищ в своде над шейкой матки. Край его сращен с шейкой матки.



а



б

Рис. 15.3. Пузырно-шеечный свищ.

а — края свища отсепарованы; б — раздельное положение швов на шейку матки и мочевой пузырь.

Рис. 15.4. Пузырно-шеечно-влагалищный свищ.

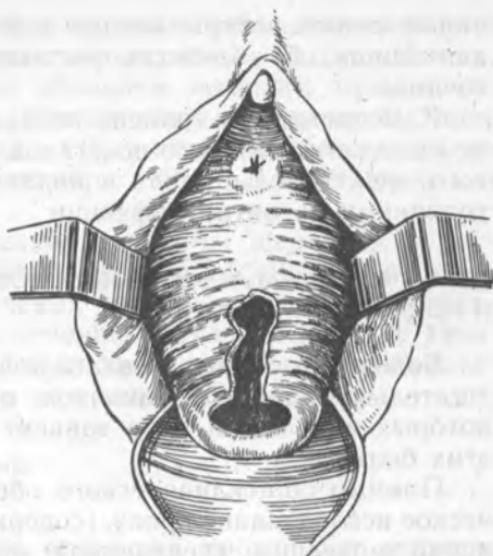
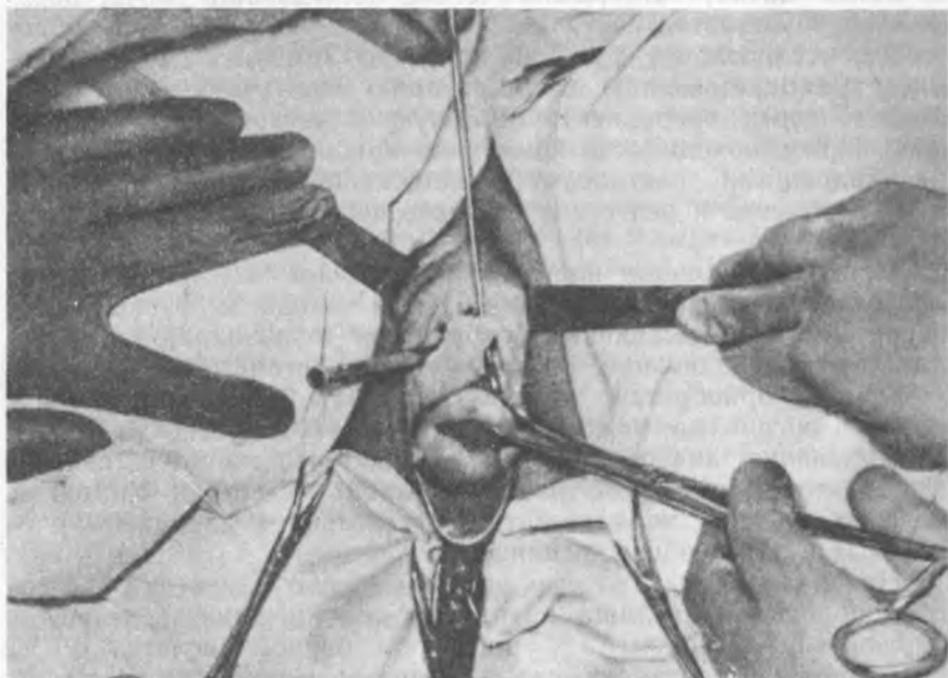


Рис. 15.5. Множественные пузырно-влагалищные свищи.



Трансвагинальный доступ к области свища более физиологичен и, как правило, обеспечивает условия, необходимые для производства операции. Кроме того, он связан с меньшим риском для больной.

Показаниями к чреспузырному пути ушивания свища являются: 1) высокое расположение свища во влагалище; 2) пузырно-шеечные свищи; 3) пузырно-влагалищные послеопераци-

онные свищи, открывающиеся в культе влагалища; 4) стеноз влагалища; 5) близость расположения свища к устью мочеоточника.

К недостаткам трансвезикального доступа относятся невозможность тщательного восстановления стенки влагалища. Кроме того, межтканевые щели и надлобковый дренаж могут быть источниками развития инфекции.

15.3.2. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Больные с пузырьно-влагалищными свищами нуждаются в тщательном предоперационном обследовании и подготовке, от которых в большой мере зависит успех хирургического лечения этих больных.

Помимо общеклинического обследования, проводят биохимическое исследование крови (содержание белка, остаточного азота крови, мочевины, креатинина); анализ выделений из влагалища и шейки матки, бактериологическое исследование мочи, определение чувствительности высеянной микрофлоры к антибиотикам, исследование функции почек по Зимницкому, цистоскопию, хромоцистоскопию, катетеризацию мочеоточников (по показаниям перед операцией); обзорную и экскреторную урографию. При необходимости применяют наполнение мочевого пузыря красящими растворами, цистоскопическое исследование, диафаноскопию и рентгенологическое исследование мочевыводящих путей.

Предоперационная подготовка включает в себя изучение анатомо-топографических особенностей свища и функций мочевой системы, выявление возбудителя и ликвидацию воспалительных заболеваний в мочеполовой системе (в результате чего моча приобретает кислую реакцию), повышение защитных сил организма; психопрофилактическую подготовку.

Выяснение анатомо-топографических особенностей свищей и дефектов, изучение функции мочевой системы и состояния половых органов должно идти параллельно с санацией мочеполовых путей и общеукрепляющим лечением.

При наличии выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки влагалища назначают спринцевания с дезинфицирующим раствором: 2 % раствором борной кислоты, 0,1 % раствором перманганата калия (раствор перманганата калия является сильным окислителем, а кислая среда неблагоприятна для развития бактерий), реже раствором молочной кислоты (1 столовая ложка 40 % раствора на 1 л воды). При значительных слизистых выделениях и некротических налетах на стенках влагалища перед спринцеванием дезинфицирующими средствами влагалище промывают 2 % раствором гидрокарбоната натрия, который легко отторгает слизь. После спринцевания во влагалище вводят 2—5 % эмульсию синтомицина, стрептоцида, 10 %

мазь алоэ, а наружные половые органы смазывают цинковой пастой или эмульсиями, которые вводят также во влагалище.

При инкрустации слизистой оболочки мочевого пузыря солями при затяжных циститах благоприятные результаты дает инстиляция мочевого пузыря 2—3 % раствором колларгола по 10 мл или раствором нитрата серебра 1:5000—1:3000 через 1—2 дня; на курс 5—7 процедур.

Чтобы ускорить переход реакции мочи из щелочной в кислую, назначают салол, уротропин внутрь по 0,5 г 3 раза в сутки.

При стойкой инфекции мочевых путей (циститы, цистопиелонефриты) наряду с местным лечением показано лечение антибиотиками, нитрофуранами или сульфаниламидными препаратами с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

15.3.3. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УШИВАНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Освежение краев свищевого отверстия производят методом расщепления. Иссечение края свища допускается в единичных случаях при наличии явно нежизнеспособных тканей и рубцов, которые могут препятствовать заживлению раны. При этом учитывают, достаточно ли ткани мочевого пузыря останется после иссечения, чтобы соединить края раны без натяжения. Очень важным моментом при проведении расщепления тканей является мобилизация стенок мочевого пузыря.

Для наложения швов используют кетгутные или синтетические нити. Как правило, швы накладывают в два этажа, узловыми, лучше атравматичными иглами. В отдельных случаях, при недостаточном количестве тканей, рану мочевого пузыря или уретры ушивают одним рядом швов.

При ушивании свищей пользуются специальными инструментами: зондами и катетерами для уточнения локализации свищей, острыми скальпелями и ножницами, чтобы не травмировать ткани во время операции. При наложении швов на пузырь надо применять хромированный кетгут, так как вокруг него не кристаллизуются соли.

15.3.3.1. Ушивание пузырно-влагалищного свища чрезвлагалищным доступом

Больную укладывают на столе в положении для влагалищных операций. С помощью влагалищных зеркал создают доступ к операционному полю. Стенку влагалища рассекают круговым разрезом, отступая 1 см от края свища, или крестообразным разрезом. Острым путем края свища и стенку мочевого пузыря отсепааровывают от стенки влагалища. Иногда для удобства отсепааровки тканей их инфильтрируют 0,25 % раствором новокаина. Стенки мочевого пузыря должны быть отсепаарованы таким образом, чтобы их можно было соединить

без натяжения. В ВНИЦОЗМиР края свища, как правило, не иссекают. Однако Д. В. Кан считает, что оmozолелые края лучше иссечь, так как это должно обеспечить хорошее сопоставление краев раны мочевого пузыря. Затем на стенку мочевого пузыря накладывают отдельные швы. Влагалище восстанавливают наложением узловых кетгутовых швов.

15.3.3.2. Операция закрытия высокорасположенных пузырно-влагалищных свищей, открывающихся в культе влагалища, по Савицкой

Влагалище раскрывают зеркалами. Послеоперационный рубец в культе влагалища по бокам от свищевоегo отверстия захватывают длинными зажимами, чтобы приблизить свищ ко входу во влагалище. Производят горизонтальный разрез по рубцу культы влагалища под задним краем свища. Последний освобождают и захватывают нетравмирующим зажимом.

Для полноценной мобилизации заднего края свища мочевого пузыря рассекают брюшину позадиматочного углубления, предварительно длинными ножницами разъединив сращение прямой кишки с мочевым пузырем. После мобилизации заднего края свища расщепляют пузырно-влагалищную перегородку. В зависимости от величины дефекта и состояния окружающих тканей производят окаймляющий или якорный разрез. Стенку мочевого пузыря отсепааровывают от окружающих тканей таким об-

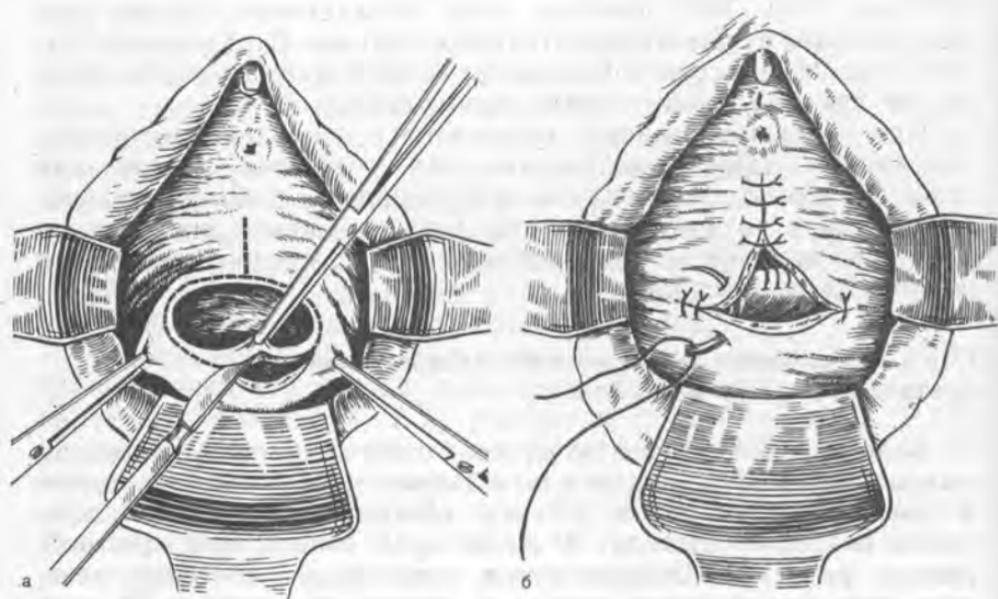
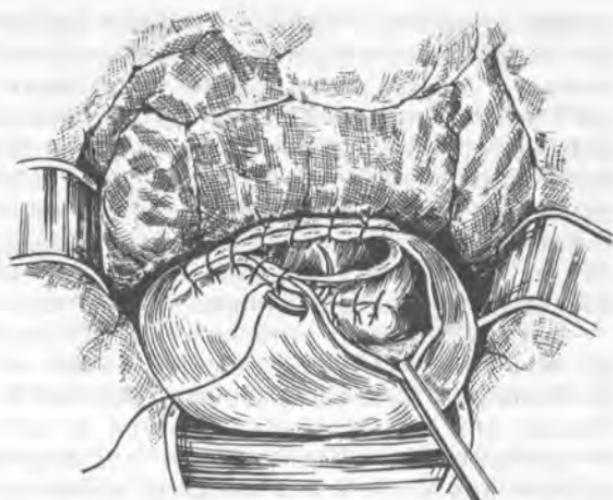


Рис. 15.6. Пузырно-влагалищный свищ, открывающийся в культе влагалища. а — отслойка заднего края от послеоперационного рубца; б — зашитая рана мочевого пузыря. Швы на стенку влагалища.

Рис. 15.7. Зашивание пузырно-влагалищного свища, открытого в культе влагалища, абдоминальным путем. Влагалище оставлено открытым.



разом, чтобы ее можно было ушить без натяжения. Дефект в мочевом пузыре ушивают двумя рядами узловых швов. Брюшину малого таза используют для перитонизации швов мочевого пузыря. Края влагалищной раны (передняя и задняя стенки) соединяют узловыми кетгутowymi швами. Чтобы не ушить устья мочеточника, открывающегося по краю свища, разрез стенки влагалища производят, отступя от рубца 0,8—1 см (рис. 15.6).

Чревосечению подвергают больных, у которых дефекты мочевого пузыря недостижимы со стороны влагалища. Операцию производят по следующей методике. После чревосечения рассекают брюшину пузырно-маточной складки в области культи влагалища. Дно мочевого пузыря с краями свищевое отверстия отсепаровывают от передней стенки влагалища. Края свищевое отверстие захватывают нежными зажимами. Мобилизуют стенку мочевого пузыря. Свищевое отверстие в мочевом пузыре ушивают двумя рядами узловых швов: первый ряд — кетгутые швы, второй — капроновые или кетгутые.

Влагалище оставляют открытым для дренирования брюшной полости. Культю влагалища перитонизируют: к краю передней стенки влагалища кетгутowymi швами подшивают край брюшины пузырно-маточной складки, а к краю задней стенки влагалища — брюшину позадиматочно-прямокишечного углубления. Брюшную стенку зашивают наглухо (рис. 15.7).

15.3.3.3. Операция ушивания высокорасположенного пузырно-влагалищного свища при сохраненной матке

Влагалище открывают с помощью зеркал. Переднюю губу шейки матки, а в ее отсутствие или в случае разрыва заднюю захватывают пулевыми щипцами и низводят до входа во влагалище.

Краю свища захватывают зажимами. Производят якорный

разрез стенки влагалища. Сначала делают горизонтальный разрез на границе прикрепления влагалищного свода и заднего края свища к шейке матки. Затем отслаивают заднюю стенку мочевого пузыря от шейки матки так же, как при операции влагалищной экстирпации матки. Только после этого приступают к расщеплению переднего края свища. Такая очередность необходима для того, чтобы кровь не заливала операционное поле. Степень отсепаровки заднего края свища от шейки матки зависит от размеров и положения свища, но всегда должна быть достаточной, чтобы соединить края свища без натяжения тканей.

В ряде случаев, особенно при обширных рубцах, отсепаровку мочевого пузыря от шейки матки необходимо производить до брюшины пузырно-маточной складки и последнюю рассекать. Только при этих условиях удается низвести задний край свища и сообщить ему надлежащую подвижность. От тщательности выполнения этого этапа операции в большинстве случаев зависит исход операции.

Расщепление переднего края свища и отсепаровка стенки мочевого пузыря от стенки влагалища обычно не представляют трудностей. Почти во всех случаях сближение краев свища производят двумя рядами узловых кетгутовых швов. Третьим рядом швов соединяют края влагалищной раны и переднюю стенку влагалища подшивают к шейке матки. При наличии пузырно-шеечного свища после восстановления целостности мочевого пузыря зашивают отверстие в шейке матки, а затем соединяют края влагалищной раны между собой и с шейкой матки.

15.4. ПУЗЫРНО-МАТОЧНЫЕ СВИЩИ

Эта редко встречающаяся патология, как правило, развивается после незамеченного ранения мочевого пузыря во время кесарева сечения в нижнематочном сегменте. Она может возникнуть также после разрыва матки и ранения мочевого пузыря при перфорации матки во время аборта. Пузырно-маточный свищ сопровождается истечением мочи из шейки матки и примесью крови в моче во время менструации.

Если свищ имеет значительные размеры, диагностика его не представляет трудностей. При точечных свищах выделение мочи может быть незначительным и женщина этого не замечает, воспринимая их как бели. При цистоскопии выявляется участок, из которого выделяется кровь во время менструации. Для уточнения диагноза производят гистеросальпингографию, контрастное вещество проникает в мочевой пузырь, и диагноз становится очевидным. Лечение, как правило, хирургическое.

При низкорасположенном свище влагалище обнажают в зеркалах, шейку матки низводят пулевыми щипцами. Полуовальным разрезом рассекают передний свод влагалища. Мочевой пузырь отсепаровывают кверху до полного освобождения свища. Края свища отсепаровывают от матки, мобилизуют их и затем

накладывают узловые швы на дефект мочевого пузыря и матки. Стенку влагалища также ушивают узловыми кетгутowymi швами.

При высокорасположенном свище Д. В. Кан отдает предпочтение чреспузырному доступу. Производят нижнесрединный разрез, стенку мочевого пузыря обнажают и фиксируют двумя провизорными лигатурами. Мочевой пузырь вскрывают в поперечном направлении зеркалами, введенными в пузырь, обнажают область свища. При необходимости катетеризируют мочеточники. Иссекают острым скальпелем рубцовую ткань по краям свища. Мочевой пузырь отсепааровывают от матки. Ушивают дефект матки и затем уже дефект мочевого пузыря. Рану на мочевом пузыре ушивают наглухо. В мочевом пузыре оставляется катетер Фолея.

В некоторых случаях при наличии значительных рубцовых изменений приходится вскрывать брюшную полость. Отсепааровывают матку от мочевого пузыря и ушивают по отдельности оба органа. В мочевом пузыре оставляют катетер Фолея на 8—10 сут. Брюшную стенку зашивают наглухо.

15.5. ПУЗЫРНО-ПРИДАТКОВЫЕ СВИЩИ

Пузырно-придатковые свищи возникают при прорыве гнойника из придатков в мочевой пузырь или в результате несвоевременной операции по поводу гнойных образований в придатках матки. В редких случаях после опорожнения гнойника происходит самоизлечение. Прорыв гнойника в мочевой пузырь сопровождается пиурией. В этих случаях для диагностики наиболее информативна цистоскопия, при которой хорошо видно течение гноя из фистулы в мочевом пузыре.

Больные нуждаются в операции. Производят чревосечение, удаляют гнойно-пораженные придатки. Фистула в мочевом пузыре, если она точечная и имеет извитой ход, может закрыться самостоятельно. Если же отверстие в мочевом пузыре значительных размеров, то в дальнейшем производят операцию вскрытия мочевого пузыря по его передней стенке. Края фистулы иссекают в пределах здоровой ткани. Целость пузыря восстанавливают наложением узловых кетгутowych швов. В мочевом пузыре оставляют катетер Фолея.

15.6. МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ СВИЩИ

К мочеточниковым относятся мочеточниково-влагалищные и мочеточниково-маточные свищи.

Иногда довольно трудно дифференцировать эти свищи от пузырно-влагалищных. Наиболее простым диагностическим приемом является введение в мочевой пузырь метиленового синего. Тампон, введенный во влагалище, при этом не окрашивается. При осмотре влагалища выявляется фистула, часто в виде

воронкообразного углубления. При хромоцистоскопии моча из пораженного мочеточника не выделяется. Катетеризация пораженного мочеточника затруднена или невозможна. Экскреторная урография дает возможность составить представление о месте поражения мочеточника.

Если при ушивании пузырно-влагалищных фистул необходимо 3—4 мес для ликвидации воспалительного процесса и эпителизации свища, то мочеточниковые свищи требуют более быстрого вмешательства, так как сопровождаются поражением почки и длительное выжидание может привести к полному выключению ее функции. Как только диагностирован мочеточниковый свищ, ликвидированы явления воспаления и больная подготовлена, надо производить оперативное вмешательство (лучше в специализированном стационаре).

Самопроизвольное излечение мочеточниково-влагалищных свищей чаще всего связано с выключением функции почки. Постепенное ее угасание вследствие воспалительных и рубцовых процессов часто происходит без выраженных клинических проявлений. Этот факт следует иметь в виду при определении времени хирургического лечения свищей. Самопроизвольное заживление может происходить при неполных свищах (мочеточник ранен на каком-то участке, но не перерезан). В этих случаях Д. В. Кан рекомендует катетеризацию мочеточника. Катетер должен оставаться в мочеточнике 6—8 дней. В отсутствие эффекта показана операция.

Приводим краткое описание операций с целью ликвидации мочеточниково-влагалищных свищей (более подробное описание читатель может найти в специальном руководстве Д. В. Кана, 1986).

Операцию Боари выполняют в тех случаях, когда поражение мочеточника распространяется на весь тазовый отдел. Она состоит из нескольких этапов: мобилизации мочеточника, иссечения лоскута из мочевого пузыря, формирования искусственного отдела мочеточника, наложения мочеточниково-пузырного анастомоза. Вот как описывает эту операцию Д. В. Кан.

После мобилизации мочеточника обнажают мочевой пузырь и вытягивают его в рану с помощью окончатых щипцов. Затем частично острым, частично тупым путем выделяют переднюю и боковую стенки мочевого пузыря вплоть до его шейки. Из переднебоковой поверхности иссекают стебель шириной 2—2,5 см и длиной 10—12 см. Основание стебля располагается у дна пузыря и в 1,5 раза шире дистального отдела. Стебель отворачивают вверх и моделируют из него трубку, калибр которой превышает диаметр мочеточника. Культю мочеточника погружают в новообразованную трубку на глубину 1—1,5 см и фиксируют к демукозированной поверхности. Слизистые оболочки следует точно сопоставлять.

Возможно наложение анастомоза конец в конец на косо срезы участки мочеточника и пузырьной трубки. Для анастомоза

используют узловые кетгутовые швы. Мочевой пузырь ушивают. Осуществляют дренирование и в область анастомоза через мочеиспускательный канал вводят протез. Основой успеха являются хорошее кровоснабжение лоскута мочевого пузыря, отсутствие натяжения и достаточная ширина анастомоза. Операция дает хорошие результаты.

Уретероцистоанастомоз производят при наличии свища в юкставезикальном отделе мочеточника.

После вскрытия брюшной полости выделяют из сращений мочеточник по направлению в мочевому пузырю. Затем его пересекают поперечно в пределах здоровой ткани. В проксимальный отдел мочеточника на глубину 10—12 см вводят трубку с боковыми отверстиями и фиксируют ее к мочеточнику тонким кетгутом. Мочеточник отводят кверху нетравмирующими зажимами. Брюшину зашивают. Мочевой пузырь выделяют экстраперитонеально. Накладывают шелковые лигатуры на стенку мочевого пузыря в качестве держалок, между которыми широко вскрывают пузырь. Затем перфорируют его стенку в месте будущего анастомоза. Надо стремиться как можно меньше травмировать мышцы мочевого пузыря, чтобы в дальнейшем обеспечить функцию устья мочеточника.

Мочеточник надо имплантировать в дно мочевого пузыря, где менее мощные мышечные пласты не будут мешать его приживлению. Мочеточник вытягивают через отверстие в стенке пузыря (без натяжения!) на глубину 2—3 см и рассекают его продольно на два лоскута, которые подшивают к стенке мочевого пузыря. Известны и другие способы фиксации мочеточника к стенке мочевого пузыря. Снаружи мочеточник фиксируют к стенке мочевого пузыря 2—3 Z-образными швами. Трубку выводят наружу по уретре. Мочевой пузырь ушивают. Рану в области анастомоза дренируют, брюшную стенку зашивают. В мочевой пузырь вводят катетер Фолея на 10—12 дней.

Послеоперационное ведение больной такое же, как после ушивания пузырно-влагалищных свищей, т. е. 7—8 сут она должна оставаться в постели. Необходимо применение антибиотиков широкого спектра действия, сердечных препаратов по показаниям, общеукрепляющая терапия.

Мы не описываем операцию, при которой производят пересадку мочеточника в кишку. Этим занимаются хирурги-урологи.

15.7. СЛОЖНЫЕ МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ

К таким свищам относят повреждения мочевого пузыря и уретры, а также мочеточника. Повреждения возникают при тяжелых затяжных родах или сложных гинекологических операциях. Обширные фистулы пытаются закрыть с помощью тканей шейки и тела матки, стенки влагалища, промежности, кожи половых губ, кожи бедра, лоскутов тазовой фасции и др. Операции дают большой процент рецидивов. При возникновении

мочеполового свища очень важно направлять больную в стационар, где постоянно проводятся операции по ликвидации свищей. В случае отсутствия опыта производить эти операции нельзя.

15.7.1. АЛЛОПЛАСТИКА ПРИ УШИВАНИИ СВИЩЕЙ

Накоплен значительный опыт использования синтетических полимеров для пластических целей.

Техника операции. После обработки наружных половых органов и влагалища, освежения и мобилизации краев свищевое отверстие края свища соединяют 1—2 рядами узловых швов. Первый ряд накладывают кетгутом. Если удастся наложить второй ряд, то следует использовать капрон. На область ушитой раны мочевого пузыря с целью укрепления линии швов накладывают сетчатый протез из растворимых аллопластиков, который фиксируют к стенке мочевого пузыря кетгутowymi лигатурами так, чтобы он плотно прилегал к мочевому пузырю и выходил за края ушитой раны не менее чем на 1,5 см. Края влагалищной раны над протезом соединяются узловыми кетгутowymi швами. Во влагалище на 1 сут вводят тампон для обеспечения плотного прилегания стенки влагалища к протезу.

15.7.2. ФОРМИРОВАНИЕ УРЕТРЫ

Изолированное повреждение задней стенки уретры в виде свищей встречается редко. Чаще травма распространяется на всю уретру или с задней стенки уретры переходит на шейку и треугольник мочевого пузыря.

При полных разрушениях задней стенки уретры Д. О. Отт (1894) одним из первых предложил операцию восстановления уретры и сфинктера мочевого пузыря. Отступя 0,5 см от краев нарушенной уретры, производят два параллельных разреза, имеющих форму подковы. Полосу ткани влагалища между разрезами шириною не менее 1 см срезают, а освеженные поверхности сшивают двумя рядами узловатых кетгутовых швов, посредством которых не только формируют мочеиспускательный канал, но и соединяют остатки мышечных элементов.

Для формирования уретры Д. Н. Атабеков (1927) использовал стенку мочевого пузыря. Он выкраивал лоскут из основания мочевого пузыря и подшивал его к краям дефекта или отсепарывал остатки передней стенки уретры от лонных костей и соединял края дефекта в продольном направлении. Восстановленную часть мочевого пузыря и небольшую трубку уретры проводил под мостовидный лоскут, созданный из тканей области лона, и фиксировал к нему. Так он формировал наружное отверстие мочеиспускательного канала.

В более легких случаях при сохранившихся хотя бы частично мышечных элементах замыкающей системы мочевого пузыря остатки мышц в области шейки мочевого пузыря соединяют

узловыми швами, накладывая их в продольном или поперечном направлении или создавая мышечную складку на месте соединения уретры с мочевым пузырем наложением Z-образного шва.

Использование мышечных и мышечно-фасциальных лоскутов для усиления сфинктера мочевого пузыря нашло довольно широкое распространение. При неудержании мочи наиболее оправданы оперативные методы усиления сфинктера мочевого пузыря. При этом соединяют под уретрой близлежащие мышцы без отсечения их от места фиксации или используют с этой целью фиброзно-фасциальные лоскуты, взятые из апоневроза прямых мышц живота.

15.7.3. СФИНКТРОМЕТРИЯ

Основным критерием излеченности у больных, перенесших операцию по поводу уретропузырно-влагалищных свищей, является восстановление функции замыкающего аппарата мочевого пузыря — удержания мочи. Средние показатели тонуса гладкомышечного сфинктера у здоровых женщин равны 51—75 мм рт. ст., а поперечнополосатого — 62—100 мм рт. ст. У женщин с частичным неудержанием мочи тонус сфинктеров одинаков и, как правило, ниже 60 мм рт. ст., составляя в среднем 42 мм рт. ст. Сфинктерометрия является объективным тестом, позволяющим судить о тонусе замыкающей системы мочевого пузыря после операции.

Техника сфинктерометрии. Больная находится на гинекологическом кресле в положении на спине, с опорожненным мочевым пузырем. В нижнюю треть уретры вводят канюлю, соединенную с резиновым баллоном и сфигмоманометром. При накачивании воздуха в уретру через канюлю или катетер Скене следят за уровнем давления с помощью манометра. При раскрытии сфинктера мочевого пузыря оно падает. Максимальный уровень давления до его падения позволяет судить о тонусе гладких мышц замыкающего аппарата мочевого пузыря. Во второй фазе исследования женщине предлагают сократить мышцы тазового дна, так как это делают для удержания мочи. Повторное повышение давления характеризует тонус поперечнополосатых мышц, участвующих в замыкании мочевого пузыря.

Наконечник аппарата (производства завода «Красногвардеец») вводят в нижнюю треть уретры. Регулировочный кран устанавливают на первое деление дозирующей шкалы, и воздух, находящийся в воздушном резервуаре, с постоянной скоростью начинает поступать в уретру. Давление газа в воздушном резервуаре измеряется манометром; одновременно на кимографе регистрируется давление, под которым воздух вводят в уретру. После повышения давления в системе на 30 мм рт. ст. подачу воздуха прекращают на 15 с. Этот прием позволяет определить, удерживает ли сфинктер данное давление при произвольном сокращении. Затем введение воздуха продолжают. Наконец, на-

ступает момент, когда давление в системе падает. Следовательно, сила давления в системе преодолела силу тонуса гладкомышечного сфинктера. Максимальное давление в миллиметрах ртутного столба, отмеченное до его падения, соответствует силе гладкомышечного сфинктера. Исследование повторяют при напряжении мышц тазового дна: второе падение ртутного столба указывает на силу поперечнополосатого сфинктера.

15.7.4. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

После операции ушивания пузырно-влагалищных свищей показано лечение антибиотиками, нитрофуранами или сульфаниламидными препаратами на протяжении 7—10 дней. В течение 5—6 дней рекомендуются жидкая пища и постельный режим.

Необходимо промывание мочевого пузыря, так как свертки крови препятствуют поступлению мочи по катетеру. Кроме того, при промывании происходит выделение в большом количестве солей из мочевого пузыря. В мочевом пузыре постоянный катетер оставляют на 2—3 дня. При обширных вмешательствах, а также при пластических операциях на уретре катетер следует держать 7—10 дней. В мочевой пузырь по катетеру вводят раствор антибиотиков, после чего катетер зажимают на 30 мин. Осуществляют инстилляцию диоксидина, раствора фурацилина 1:5000 по 30 мл. В отсутствие постоянного катетера больная должна мочиться через 2—3 ч (ночью будить). При необходимости катетеризацию мочевого пузыря производят через 4—6 ч. Поднимать больную, как правило, можно на 5—6-е сутки после операции, разрешить ей садиться — через 7—8 дней.

Цистоскопию и контрольное рентгенологическое исследование проводят по показаниям.

После трансвезикального ушивания свища больная должна лежать 8—10 сут. Показано обильное питье. Постоянный катетер из мочевого пузыря удаляют на 10-е сутки. После пластических операций на мочеточнике катетер должен находиться в мочеточнике 8—10 дней. Дренажи из забрюшинного пространства удаляют через 4—5 дней.

15.8. ПЕРЕДНЕБРЮШНОСТЕНОЧНЫЕ МАТОЧНЫЕ СВИЩИ

Такие свищи возникают вследствие осложнений после операции кесарева сечения, при заживлении вторичным натяжением рубца тела матки и передней брюшной стенки. При этом женщина часто менструирует через свищевое отверстие. Нередко в свищевом ходе возникает нагноение.

Во время операции края свища захватывают инструментом и приподнимают. Свищ иссекают. Для наилучшей ориентации можно ввести в него метиленовый синий. У молодых женщин после иссечения участка передней стенки матки со свищевым отверстием ее можно сохранить, т. е. восстановить целость

стенки матки. В послеоперационном периоде обязательна антибактериальная терапия, так как наличие свища всегда сопровождается инфекцией.

15.9. ПЕРЕДНЕБРЮШНОСТЕНОЧНЫЕ ПРИДАТКОВЫЕ СВИЩИ

Эти свищи возникают в редких случаях, как правило, после опорожнения гнойника в области придатков и оставления источника инфекции. В результате после дренирования возникают свищевые ходы в направлении передней брюшной стенки.

Удаляют такие свищи следующим образом. В область свища вводят 0,4 % раствор метиленового синего. Свищевой ход при этом хорошо обозначается. Брюшную стенку вскрывают прямым разрезом, обходя область свища. Затем последовательно освобождают свищевой ход в виде длинной трубки. Операция всегда сложная, нетипичная. Нередко стенка свищевого хода захватывает и кишку. Выделяя свищевой ход и разделяя спайки, доходят до гнойно-пораженных придатков и удаляют их. Если источник инфекции удален, то рецидивов, как правило, не бывает.

15.10. ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ И СТАРЫЕ РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ

Прямокишечно-влагалищные свищи и старые разрывы промежности III степени являются тяжелой патологией, часто приводящей к потере трудоспособности и конфликтам в семейной жизни. Операция у таких больных в ряде случаев представляет собой сложную задачу и не всегда приводит к полному излечению. Помимо физических и моральных страданий, связанных с этой патологией, неоднократные оперативные вмешательства вызывают выраженные рубцовые изменения тканей, что усложняет очередное вмешательство и неблагоприятно сказывается на его исходе.

Основной причиной возникновения таких свищей является травма промежности и ректовагинальной перегородки в родах. Разрывам промежности в родах способствуют крупные размеры плода, неправильное вставление головки плода или быстрое ее прорезывание, высокая промежность, рубцовые изменения и функциональная неполноценность промежности, травмы при оперативном вмешательстве в родах. Прямокишечно-влагалищные свищи в акушерской практике возникают, как правило, в результате несостоятельности швов на прямой кишке после зашивания разрыва промежности III степени. Клинические проявления расхождения швов на прямой кишке (недержание газов и кала) чаще наступают в 1-ю неделю после родов.

Причиной появления указанных свищей могут быть бытовые травмы, а также травмы при акушерских операциях, оператив-

ных вмешательствах на половых органах и прямой кишке, криминальных абортax, половых сношениях. Иногда прямокишечно-влагалищные свищи формируются при парапроктите, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, при прорастании в ректовагинальную перегородку опухолей, исходящих из половых органов и прямой кишки, после лучевого лечения при раке шейки матки. Отдельную группу составляют врожденные прямокишечно-вагинальные свищи при нормально функционирующем анальном жома и свищевые формы атрезии прямой кишки.

15.10.1. СТАРЫЕ РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ

Старые разрывы промежности III степени бывают неполные (нарушается целость сфинктера прямой кишки, сама кишка остается неповрежденной) и полные (помимо разрыва сфинктера прямой кишки, имеется линейный разрыв передней стенки прямой кишки или разрыв передней стенки прямой кишки с формированием свища). В последних случаях в области разрыва передней стенки прямой кишки определяется перемычка, которая отделяет вход в кишку от расположенного выше свища. Старые разрывы промежности III степени значительно отличаются от свежих. Они характеризуются образованием на месте травмы рубца, включающего разошедшиеся в сторону и ушедшие вглубь концы разорванного анального жома. Промежность полностью разрушена. Передняя стенка прямой кишки в месте разрыва переходит в рубец, в котором срастаются края задней стенки влагалища и кишки. При этом иногда отмечается выпячивание или выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Под влиянием раздражающего действия кишечного содержимого, а также грубых анатомических нарушений наружных половых органов, приводящих к зиянию половой щели, кожные покровы и слизистая оболочка влагалища обычно воспалены.

Типичными методами операций старого разрыва промежности являются расщепление или иссечение рубца. Освежение краев тканей в области старого разрыва промежности III степени методом расщепления является наиболее щадящим и в случае неудачи не приводит к увеличению дефекта тканей.

Операционные доступы могут быть различными: влагалищный, прямокишечный. Следует избрать такой доступ, который обеспечивает максимально благоприятные условия для мобилизации краев раны и наложения швов.

Старые разрывы промежности III степени ликвидируют влагалищным доступом. При неполных разрывах промежности III степени операция заключается в мобилизации стенки влагалища, выделении леваторов, краев анального жома и последовательном восстановлении этих анатомических образований.

При полном разрыве промежности III степени операцию выполняют следующим образом. Больную кладут на операционный

стол в положении для влагалищной операции. Операционное поле обнажают введением боковых подъемников и подъемника со стороны лона. После этого становится доступен верхний угол раны. Нетравмирующими зажимами берут стенку влагалища, отступя 0,5 см от края рубца в верхнем углу раны и по боковым поверхностям ее. Острым скальпелем рассекают рубцовую ткань. Острие скальпеля следует располагать параллельно стенке влагалища, чтобы не поранить прямую кишку. После рассечения рубца и иссечения наиболее грубых его краев стенку влагалища отсепаровывают от стенки прямой кишки до достижения полной ее подвижности. После этого на стенку прямой кишки, начиная с верхнего угла раны, накладывают швы. Стенку прямой кишки восстанавливают двумя рядами отдельных узловых швов.

Для наложения швов пользуются капроновыми, шелковыми или синтетическими нитями. Наибольшее распространение получили последние (полиэстер, дексон, полиолефин, полиамид) на атравматических иглах. Они причиняют наименьшие разрушения в прокольном канале, не разбухают, гибки, обладают достаточной растяжимостью и не поддерживают воспалительный процесс в ране. Прямую кишку зашивают в направлении от верхнего угла раны до нижнего ее края. Первый ряд швов подслизисто-мышечный, второй — мышечно-мышечный. Этот ряд швов перекрывает первый, в результате чего при завязывании лигатур тот оказывается погруженным внутрь. Швы можно накладывать тонкими синтетическими нитями таким образом, что вкол и выкол производят со стороны кишки. Узел завязывают со стороны кишки, и срезанные концы нитей свисают в просвет кишки. Можно, не прокалывая слизистую оболочку кишки, наложить швы со стороны промежности и коротко обрезать нити.

После того как на кишку наложены швы, необходимо сменить перчатки и инструмент, обработать края раны и сменить операционное белье, окружающее рану.

После ушивания кишки наиболее ответственным является соединение волокон сфинктера анального отверстия. Для этого круто изогнутой маленькой иглой с крепкой нитью захватывают сфинктер с обеих сторон и сшивают. После первого шва, когда волокна соединены, накладывают еще 1—2 шва. Затем приступают к восстановлению целостности промежности. Отыскивают ножки леватора. Для этого боковым крючком сильно отводят в сторону края раны и захватывают брюшко мышцы круто изогнутой иглой с крепкой нитью (лучше всего хромированным кетгутом). Достаточно наложить на леваторы три нити. Нити не завязываются. Затем накладывают непрерывный кетгутовый шов на стенку влагалища, начиная с верхнего угла. Шов доводят до области задней спайки. После этого затягивают нити на леваторах и накладывают швы на поверхностные мышцы промежности (тонкий хромированный кетгут). На промежность накладывают внутрικοжный кетгутовый шов.

Прямокишечно-влагалищные свищи разделяются: 1) по этиологии — врожденные и приобретенные (травматические, воспалительно-инфекционные, онкологические, лучевые); 2) по локализации наружного свищевого отверстия во влагалище и в области наружных половых органов — в нижней, средней и верхней трети влагалища, прямокишечно-промежностные, прямокишечно-вестибулярные; 3) по отношению к сфинктеру прямой кишки — интрасфинктерные, чрессфинктерные, экстрасфинктерные; 4) по степени сложности: I степени — прямой свищевой ход без выраженных рубцовых изменений с диаметром отверстия в прямой кишке менее 0,5 см и в отсутствие недостаточности сфинктера прямой кишки; II степени — прямой, извитый или разветвленный свищевой ход с выраженным рубцовым процессом, диаметром свищевого отверстия 0,5—2,5 см; отмечается недостаточность сфинктера прямой кишки; III степени — прямой или разветвленный свищевой ход с наличием гнойных полостей и затеков, выраженными рубцовыми изменениями, диаметром более 2,5 см и недостаточностью сфинктера прямой кишки; IV степени — свищи в верхней трети влагалища, открывающиеся в верхней трети прямой или в сигмовидной кишке.

Акушеры-гинекологи имеют дело, как правило, с приобретенными травматическими прямокишечно-влагалищными свищами, локализующимися в области промежности, преддверии влагалища, нижней и средней трети его (I—II степень сложности).

Распознавание прямокишечно-влагалищных свищей не представляет особых трудностей. Больные жалуются в основном на произвольное выделение из влагалища газов, гноя, кишечного содержимого.

У 70—80 % женщин свищевой ход открывается в преддверии или нижней трети влагалища. Осмотр наружных половых органов, влагалища в зеркалах, пальпация, зондирование свищевого хода со стороны влагалища, ректальное исследование позволяют выявить свищ или разрыв промежности III степени. Осмотр и пальпация места повреждения дают возможность определить локализацию и размеры дефекта, состояние тканей на границе со свищевым отверстием или в области разрыва промежности III степени, а также установить сопутствующую патологию. При гинекологическом осмотре во влагалище обнаруживают свищевое отверстие различного диаметра с ярко-красной каймой, которая представляет собой выпячивающуюся слизистую оболочку прямой кишки. Часто прямокишечно-влагалищные свищи сочетаются с кольпитом, рубцовой деформацией шейки матки, эндоцервицитом, эктропионом. При зондировании свищевого отверстия определяют направление и уровень свищевого хода, оценивают его отношение к сфинктеру прямой кишки.

На основании результатов ректального пальцевого исследования уточняют локализацию и размер свища, судят о степени

подвижности передней стенки кишки, тонусе анального жома, а также степени замещения его рубцовой тканью. При пальцевом исследовании прямой кишки в большинстве случаев свищевое отверстие на передней стенке кишки выявляется в виде воронки, окруженной рубцовыми тканями.

Трудности в диагностике свищей возникают при точечных их размерах или расположении в верхней трети влагалища. В таких ситуациях помогает клизма с красителями (индигокармин, метиленовый синий). По окрашиванию тампона, предварительно введенного во влагалище, по инъецированию тканей красителями можно судить о наличии и расположении свища.

Большое значение в диагностике прямокишечно-влагалищных свищей, особенно неакушерской этиологии, имеет ректороманоскопия. Она позволяет обнаружить не только анатомо-топографические особенности свища, но и сопутствующую патологию, которая может быть причиной его образования (заболевания толстого кишечника). Одним из условий выполнения этого исследования служит отсутствие стриктуры анального отверстия или прямой кишки. При необходимости проводят фистулографию, при которой выявляют характер свищевого хода, наличие гнойных полостей, уровень сообщения свища с прямой кишкой. Кроме того, можно использовать также ирригоскопию и фиброколоноскопию (по показаниям).

Прямокишечно-влагалищные свищи подлежат хирургическому лечению. Лишь иногда наблюдается самопроизвольное заживление свищей небольшого диаметра. Оперативное вмешательство возможно только после исчезновения некротических изменений и стихания воспалительных явлений в области свища, или травмы промежности. Успех операции во многом зависит от тщательности предоперационной подготовки, правильного выбора метода и рационального ведения больных в послеоперационном периоде.

Техника операции. При расположении свища в нижней трети, преддверии влагалища, на промежности и недостаточности сфинктера заднего прохода, а также при прохождении свищевого хода через последний рассекают стенку прямой кишки, сфинктер и промежность, начиная от свищевого отверстия. Расстояние выполняют по желобоватому зонду, проведенному через свищевое отверстие во влагалище наружу через задний проход. Влагалище и прямую кишку выделяют из рубцов острым путем до тех пор, пока они не получают полную подвижность, что необходимо для соединения краев дефекта в кишке без натяжения. Надо выделить из рубцов и разошедшиеся концы анального жома. Затем рану послойно зашивают так же, как при разрыве промежности III степени.

Тактика оперативных вмешательств при наличии перемычки в области разрыва кишки с образованием прямокишечно-влагалищного свища следующая. Если перемычка 2 см и более, а свищ небольшого диаметра, то перемычку надо сохранять, так

как рассечение ее в случае плохого заживления ведет к увеличению дефекта в кишке.

При зашивании прямокишечно-влагалищных свищей, расположенных в средней трети влагалища, их обнажают путем введения боковых подъемников и зеркала со стороны лона. Производят разрез стенки влагалища в области свища (он может быть продольным на 1—2 см выше и ниже свищевого отверстия с охватом его краев, Т- или Х-образным). Затем расщепляют края рубца и отделяют стенки влагалища от стенки прямой кишки. Здесь тоже надо держать лезвие скальпеля параллельно стенке влагалища, чтобы не нанести дополнительную травму кишке, которая при наличии свища часто истончена и воспалена. После разреза стенки влагалища перед расщеплением тканей края влагалищной раны и свищевого отверстия берут на нетравмирующие зажимы. Расщепление тканей производится до полной подвижности кишки. После того как стенка кишки станет достаточно подвижной, приступают к наложению двух рядов узловых швов на кишку (первый ряд без прокалывания слизистой оболочки прямой кишки). Лучше использовать синтетические нити на атравматических иглах. Затем на стенку влагалища накладывают отдельные узловые кетгутовые швы.

При недостаточности сфинктера заднего прохода дополнительно осуществляют сфинктеролеваторопластику.

В некоторых случаях при дефекте в кишке, граничащем со сфинктером заднего прохода, мобилизация краев свища со стороны влагалища затруднена, поэтому его зашивают со стороны прямой кишки. Хорошие результаты дает операция низведения слизистой оболочки прямой кишки. По передней полуокружности заднего прохода производят разрез. Расщепление тканей продолжают в подслизистом слое прямой кишки с пересечением свищевого хода до достижения достаточной подвижности лоскута.

Со стороны влагалища выделяют свищевой ход, экономно иссекают рубцово-измененные ткани. Дефект стенки влагалища зашивают со стороны влагалища 2 рядами узловатых кетгутовых швов. Мобилизованную слизистую оболочку прямой кишки со свищевым отверстием низводят за пределы заднего прохода. Участок слизистой оболочки со свищевым отверстием отсекают и узловыми кетгутовыми швами подшивают слизистую к коже заднепроходного отверстия.

15.10.3. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ И СТАРЫМИ РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ

Предоперационная подготовка при обоих заболеваниях одинакова и заключается в общеукрепляющем лечении, местной подготовке операционного поля и подготовке желудочно-кишеч-

ного тракта. Кроме того, целесообразно назначение седативных и психотропных препаратов (бромид натрия, настойка валерианы, настойка пустырника, рудотель, триоксазин, феназепам и др.).

Для повышения иммунологической резистентности проводят витаминотерапию (витамины группы В, С, РР), применяют биогенные стимуляторы (алоэ). Эти препараты, активно влияя на различные функции организма, повышают защитные силы организма и ускоряют процессы регенерации тканей.

В предоперационном периоде необходимо в динамике бактериоскопически и бактериологически исследовать влагалищное содержимое. Как правило, возбудителями воспалительных процессов являются кишечная палочка, энтерококк, реже протей или ассоциации этих бактерий. Следует определять и флору кишечника.

Особое внимание при изучении посевов должно привлекать выявление протей. Несмотря на то что этот микроорганизм является условно-патогенным, в ряде случаев он может быть причиной развития раневой инфекции, расхождения швов и возникновения рецидива заболевания. Наличие протей требует проведения антибактериальной терапии до полного его исчезновения.

Оперативное вмешательство можно производить только при I—II степени чистоты влагалища. Для санации влагалища производят спринцевание дезинфицирующими растворами (0,1 % раствором перманганата калия или 10 % раствором борной кислоты) ежедневно в течение 1 нед до операции. Целесообразно воздействие на слизистую оболочку влагалища коротковолновыми ультрафиолетовыми лучами, обладающими бактерицидными свойствами. Под влиянием последних происходит ускорение обмена веществ, усиление крово- и лимфообращения, что способствует мобилизации барьерной функции тканей влагалища. Облучение коротковолновыми УФ-лучами применяют ежедневно; на курс 10—15 процедур. Последнее облучение можно проводить накануне операции. В дни облучения другие виды местного лечения исключаются.

Большое внимание следует уделять предоперационной подготовке желудочно-кишечного тракта. Она включает назначение бесшлаковой диеты (стол № 0), механическую очистку кишечника (очистительные клизмы через день) и воздействие антисептическими растворами на слизистую оболочку прямой кишки (микроклизмы с 3 % раствором протаргола или колларгола 2 раза в день) за 5—6 дней до операции. Препараты серебра при местном применении оказывают выраженное противомикробное действие, обусловленное способностью ионов серебра вызывать гибель микроорганизмов путем инактивации их ферментных систем. Умеренный противовоспалительный эффект связан также с вяжущими свойствами этих препаратов.

Сразу после операции назначают наркотические обезболивающие средства (в 1-е сутки 4 раза, на 2-е — 2 раза), затем переходят на ненаркотические анальгетики. В течение 7 дней больные должны соблюдать строгий постельный режим. Подъем разрешается на 8-е сутки после операции.

С 1-го дня соблюдается бесшлаковая диета (стол № 0), питьевой режим не ограничивается (2—3 л жидкости в день). Стул задерживается в течение 8 дней, что достигается предоперационной подготовкой желудочно-кишечного тракта, бесшлаковой диетой и приемом сульгина в дозах 1 г 6 раз в 1-е сутки, 1 г 5 раз — на 2-е и 3-и, 1 г 4 раза — на 4-е, 1 г 3 раза — на 5-е, затем 1 г 3 раза до 7-х суток после операции. Сульгин является эффективным средством профилактики послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах на кишечнике. Основное количество его задерживается в кишечнике и выделяется с калом. Принимают сульгин с витаминами группы В, так как угнетение роста кишечной палочки снижает синтез в кишечнике витаминов этого комплекса.

Одновременно с судьгином, отличающимся медленным всасыванием из кишечника, назначаются хорошо всасывающиеся сульфаниламидные препараты (сульфадимезин, этазол). В течение 8 дней после операции не должно быть самостоятельного стула; затем препараты, задерживающие стул, отменяют. На 9—10-й день, если нет самостоятельного стула, ставят очистительную клизму. В последующие 4—5 дней кишечное содержимое эвакуируют также с помощью клизмы.

Сразу по окончании операции целесообразно ввести постоянный мочевой катетер, который оставляют на весь период постельного режима. Необходимо ежедневно промывать мочевой пузырь раствором фурацилина. Уросептики назначают по показаниям. Мочевой катетер предупреждает орошение мочой операционного поля, позволяет контролировать выделяемое количество мочи и избавляет от частой катетеризации мочевого пузыря, так как у большинства больных, находящихся на постельном режиме, отсутствует самостоятельное мочеиспускание.

Начиная со 2-х суток после операции, производят туалет наружных половых органов. Линии швов на промежности подвергают только сухой обработке 5 % раствором перманганата калия. Послеоперационные швы на промежности осматривают ежедневно, во влагалище — на 8—9-е сутки после операции. При первичном заживлении операционной раны больных выписывают на 14—16-е сутки.

Осложненное течение послеоперационного периода (4—8 % случаев) зависит от многих факторов: возраста больных, длительности заболевания, числа предшествующих операций по поводу данной патологии, защитных сил организма, тщательности

пред- и послеоперационного ведения больных, метода и техники операции, квалификации хирурга.

После выписки в течение 2—3 мес рекомендуется ограничение физической нагрузки. Половая жизнь разрешается через 2—3 мес. При наступлении в дальнейшем беременности родоразрешение производят путем кесарева сечения.

15.11. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Наиболее частыми причинами недержания мочи при напряжении являются закрытая травма мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря в родах, опущения и выпадения влагалища и матки, ослабление сфинктерного аппарата мочевого пузыря в связи с гормональными нарушениями.

Показаниями к оперативному лечению являются выраженные уретро- и цистоцеле и увеличение заднего пузырно-уретрального угла свыше 120° , отсутствие эффекта консервативной терапии.

Известно большое число различных модификаций оперативного лечения недержания мочи. Однако следует отметить, что не всегда удается добиться полного успеха при хирургической коррекции этой патологии. Ниже описаны наиболее распространенные операции.

Операция Штеккеля — прямая пластика дефекта мышц пузырно-уретральной области. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. По средней линии передней стенки влагалища производят продольный разрез, начиная его на 1 см ниже наружного отверстия уретры и оканчивая у места прикрепления влагалищного свода к шейке матки. Стенки влагалища широко мобилизуют в стороны, обнажают уретру и шейку мочевого пузыря. Разорванные и разошедшиеся мышечные волокна в области уретры и сфинктера сшивают тонкими капроновыми нитями слева направо. При наличии цистоцеле накладывают отдельные швы на пузырно-влагалищную фасцию и восстанавливают стенку влагалища.

Операция Келли отличается тем, что в области пузырно-уретрального сегмента накладывают матрачные швы по два-три с каждой стороны уретры и таким образом приподнимают ее кверху.

Операция Мажбика. Автор дополняет операцию укреплением пузырно-маточных связок, сшивая их по средней линии.

Операция Кеннеди. После укрепления уретропузырной области накладывают еще провизорные швы через стенку влагалища и лобково-копчиковые мышцы. Провизорные лигатуры завязывают после наложения швов на влагалище.

Операция Ельцова-Стрелкова. На переднюю стенку влагалища накладывают 4 зажима Кохера: один — на 0,5 см ниже наружного отверстия уретры, другой — на уровне перехода слизистой оболочки передней стенки влагалища на влагалищную

порцию шейки матки, два боковых — в 3—5 см друг от друга на равном расстоянии от верхнего и нижнего зажимов. В границах зажимов иссекают ромбовидный лоскут слизистой оболочки передней стенки влагалища. Предпузырную фасцию рассекают продольно по средней линии, тупым путем отслаивают ее вправо и влево от мочевого пузыря и уретры. Мочевой пузырь и уретру рассекают продольно по средней линии в пределах операционной раны. Тупо, с помощью анатомического пинцета, удаляют лоскут слизистой оболочки уретры и шейки мочевого пузыря шириной 0,5—1 см (в зависимости от степени дилатации уретры).

Оставшаяся часть с неповрежденной слизистой оболочки должна быть достаточной величины для формирования уретры и шейки мочевого пузыря (диаметром не менее 4—5 мм). Отдельными швами формируют уретру и шейку пузыря на эластичном катетере № 12. Свободный демукозированный лоскут задней стенки уретры и шейки пузыря используют для дубликатуры задней стенки вновь сформированной уретры. Предпузырную фасцию зашивают отдельными швами методом дубликатуры. На слизистую оболочку передней стенки влагалища накладывают непрерывный кетгутовый шов.

В результате такой операции восстанавливаются нормальный диаметр уретры и длина ее, что является важным фактором в нормализации функции сфинктерного механизма пузыря.

Операция Атабекова заключается в перемещении дна мочевого пузыря кпереди. Производят срединный разрез передней стенки влагалища, края влагалищной стенки широко мобилизуют в стороны, обнажают уретру и дно мочевого пузыря. Последний тупым и острым путем отслаивают от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. Спереди назад на заднюю часть уретры и стенку мочевого пузыря накладывают 3—4 узловых кетгутовых или тонких капроновых шва и завязывают. При этом дно мочевого пузыря перемещается кпереди, а его стенка прилегает к области внутреннего сфинктера. Затем складку ушитой стенки мочевого пузыря несколькими швами прикрепляют к уретре. Восстанавливают стенку влагалища.

Операция Фигурнова. Автор предложил одновременно с ушиванием разошедшихся волокон сфинктера мочевого пузыря и ликвидацией цистоцеле исправлять положение мочевого пузыря поднятием его за счет фиксации передней стенки влагалища к задней поверхности лобковых костей. Переднюю стенку влагалища рассекают по средней линии. Широко мобилизуются края ее в стороны, обнажая уретру, шейку и дно мочевого пузыря. Уретру и шейку мочевого пузыря отсепааровывают с боков и тупым путем проходят до задней поверхности симфиза, где нащупывают валик сухожильной арки таза. Через последний круто изогнутой иглой проводят шелковую лигатуру, концы которой выводят через переднюю стенку влагалища сбоку от шейки мочевого пузыря. После соединения разошедшихся мышечных волокон шейки мочевого пузыря и стенки его избыток стенки влага-

лища удаляют, края сшивают узловыми или непрерывным кетгутовым швом. Шелковые лигатуры завязывают и таким образом переднюю стенку влагалища плотно фиксируют к задней поверхности симфиза.

При неуспехе влагалищных операций по поводу недержания мочи ряд авторов предложили абдоминальные или комбинированные пути вмешательства и использование мышечно-фасциальных лоскутов.

Операция Маршалла — Марчетти — Кранца. V. Marchall, A. Marchetti и K. Kranz (1949) предложили абдоминальную везико-уретральную суспензию, которая в настоящее время имеет большое число сторонников. Операция повторяет идею К. М. Фигурнова.

Производят разрез по Пфанненштилю через кожу, подкожную жировую клетчатку и апоневроз. Прямые и пирамидальные мышцы раздвигают. Проксимальную часть уретры, шейку мочевого пузыря тупым путем отслаивают от задней поверхности лона. Накладывают по 3 кетгутовых шва с каждой стороны уретры и по одному шву с медиальной и латеральной стороны шейки мочевого пузыря. Круто изогнутой иглой концы нитей проводят через надкостницу так, чтобы при их завязывании шейка мочевого пузыря смещалась кверху и кзади. Дополнительными швами фиксируют нижнелобковые поверхности мочевого пузыря к задней поверхности прямых мышц живота.

Операция Олдриджа. Первый этап операции выполняют влагалищным путем (см. операции Фигурнова, Кеннеди). Надлобковым поперечным разрезом рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку. Апоневроз освобождают от клетчатки и в обе стороны из него выкраивают полоски размером 2×8 см. В центре на протяжении 2 см от средней линии апоневроз остается интактным. Со стороны влагалища длинный изогнутый корнцанг вводят в ход, заранее проделанный в предпузырной клетчатке.

После прободения прямой мышцы живота браншами корнцанга захватывают конец апоневротической полоски соответствующей стороны, который низводят во влагалищную рану. Низведенные апоневротические полоски с достаточным напряжением сшивают над сфинктером уретры. Восстанавливают переднюю стенку влагалища, зашивают разрез брюшной стенки.

Этой операции аналогична операция Гебель — Штекелля. Мышечно-апоневротические лоскуты выкраивают из пирамидальных и прямых мышц живота и после предварительного перекрещивания выводят их во влагалище. Над уретрой во влагалище лоскуты перекрещивают еще раз и подшивают кетгутом к сфинктеру мочевого пузыря. Авторы рассчитывают на то, что мышечно-апоневротические лоскуты возьмут на себя роль внутреннего сфинктера мочевого пузыря, а эффект операции будет обеспечен подтягиванием уретры к симфизу и образованием перегиба мочеиспускательного канала.

Операция Кана. Д. В. Кан в качестве петлевого материала использует кожные лоскуты.

Здесь мы осветили операции, лишь наиболее легкие в техническом отношении и дающие, по нашему мнению, вполне удовлетворительные результаты. Интересующихся этой проблемой мы адресуем к специальной литературе. При выраженном опущении шейки мочевого пузыря и цистоцеле, как правило, имеет место несостоятельность мышц тазового дна. В связи с этим наряду с коррекцией сфинктерного аппарата мочевого пузыря при недержании мочи необходимо производить пластику мышц тазового дна.

Глава 16

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

16.1. АБОРТ

Аборт — прерывание беременности в сроки до 28 нед. Прерывание беременности в сроки до 12 нед носит название аборта, в сроки более 12 нед — поздний аборт, или поздний выкидыш.

Аборты делят на две группы — искусственные и самопроизвольные. В свою очередь искусственный аборт может быть произведен в больнице и во внебольничных условиях (тогда его так и называют внебольничным).

Неблагоприятные последствия аборта для организма женщины отмечены большинством гинекологов. Он способствует возникновению или обострению воспалительных процессов внутренних женских половых органов, нередко на почве плацентарных полипов, дисфункции яичников, является одной из причин невынашивания беременности, бесплодия.

16.1.1. ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ

В настоящее время операция искусственного аборта весьма распространена и, по данным ВОЗ, не намечается тенденции к снижению числа таких абортов. В большинстве случаев прерывание производится при незапланированной беременности и нежелании женщины иметь ребенка.

Противопоказанием к прерыванию беременности является наличие инфекционного заболевания женщины, когда оперативное вмешательство грозит тяжелыми осложнениями.

Прерывать беременность по желанию женщины разрешено в сроки до 12 нед. Для того чтобы сделать это в более поздние сроки, должны быть установлены медицинские показания. Перечень показаний к прерыванию беременности имеется в приказах Министерства здравоохранения СССР № 234 от 16.03.82 г. № 1342 от 31.12.87 г.

Производство аборта требует от хирурга определенных навыков. Операция включает два этапа — расширение канала шейки матки, а затем разрушение и удаление плодного яйца. Перед искусственным абортом производят бимануальное исследование и зондирование полости матки.

Женщину укладывают на операционном столе в положении для гинекологических операций. Шейку матки обнажают в зеркалах. Переднюю губу шейки матки берут на пулевые щипцы и низводят до области входа во влагалище. При этом угол между шейкой и телом матки значительно уменьшается. Затем маточным зондом определяют длину полости матки и направление для введения расширителей (рис. 16.1). Только после этого начинают расширять шейку матки последовательным введением расширителей Гегара (рис. 16.2). Во время расширения канала шейки матки могут происходить надрывы его слизистой оболочки в области внутреннего зева, что в дальнейшем может проявиться патологией шейки матки — истмико-цервикальной недостаточностью, или стриктурой.

Расширение шейки матки должно быть достаточным для того, чтобы без затруднений удалить плодное яйцо. У первобеременных расширение шейки матки производить значительно труднее, чем у рожавших женщин. Как правило, даже при пограничных сроках беременности нет необходимости расширять шейку матки более, чем до размеров, соответствующих расширителю Гегара № 12.

Затем плодное яйцо разрушают кюреткой и удаляют. Не рекомендуется сразу пользоваться абортцангом, что при перфорации матки может привести к тяжелым повреждениям внутренних органов. Более безопасно разрушать плодное яйцо кюреткой, а затем удалять его абортцангом. Аборт может сопровождаться значительным кровотечением, но это не должно служить причиной остановки операции. При опорожнении матка сокращается и кровотечение прекращается. Во время контрольного выскабливания опорожненной матки при соприкосновении кюретки со стенками матки слышится характерный «хруст», свидетельствующий о том, что матка опорожнена полностью. При выскабливании вводить кюретку в полость матки надо очень осторожно, так как беременную матку легко перфорировать. При обратном

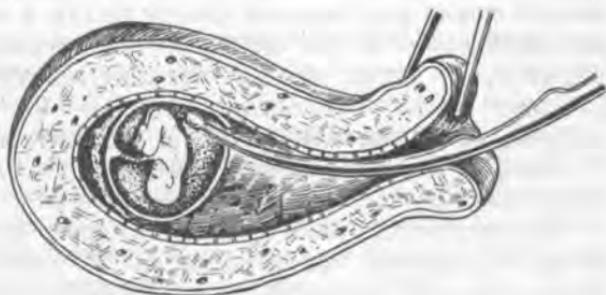


Рис. 16.1. Зондирование матки.

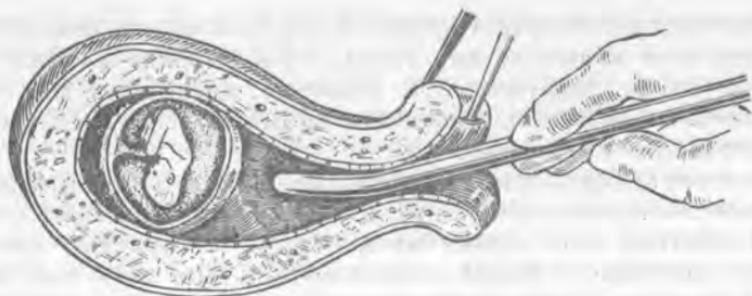


Рис. 16.2. Расширение канала шейки матки расширителями Гегара.

движении кюретки можно прилагать определенную силу, но при очень сильном надавливании на кюретку можно удалить всю слизистую оболочку матки вместе с базальным слоем, что впоследствии явится причиной облитерации полости матки и вторичной аменореи или внутриматочных синехий. Обязательно выскабливание трубных углов матки, так как там могут остаться части плодного яйца. Необходима определенная последовательность действий оператора: выскабливание передней стенки матки, задней, ее дно и трубные углы.

Иногда при аномалиях развития матки приходится удалять плодное яйцо под контролем ультразвука. При плотном прикреплении плодного яйца в одном из углов матки оператор не может разрушить плодное яйцо и естественно не прилагает больших усилий, опасаясь перфорировать матку. В этих случаях ультразвук дает возможность визуализировать плодное яйцо и проконтролировать правильность направления инструмента, вводимого в матку.

Прерывание беременности может быть также произведено с помощью простагландина и его аналогов.

16.1.2. ВАКУУМ-ЭКСКОХЛЕАЦИЯ

Более щадящим методом прерывания беременности является удаление плодного яйца методом вакуум-аспирации. Специальные насадки с боковыми отверстиями и размельчающими устройствами внутри, соединенные с электровакуумным насосом, вводят после расширения шейки матки в ее полость. С помощью расширителей Гегара шейку матки расширяют до необходимого размера, а затем вводят насадку соответствующего размера. Создают отрицательное давление 0,6—0,8 атм. Манипулируя насадкой, как кюреткой, плодное яйцо удаляют за 1—2 мин.

Вакуум-эксскохлеатор незаменим для удаления пузырного заноса независимо от срока беременности.

Вакуум-аспирацию производят при сроке беременности 2—3 нед (задержка менструации до 25 дней), т. е. в тех случаях, когда еще нет плотной связи плодного яйца со стенкой матки

(мини-аборт). Для прерывания беременности малых сроков с помощью вакуум-аспирации пользуются отечественным аппаратом АПБ-1.

Больную укладывают на операционный стол в положении для гинекологической операции. После соответствующей обработки во влагалище вводят зеркала. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами, производят зондирование матки. Затем в полость матки вводят поливинилхлоридную пластиковую канюлю, которую подсоединяют к электроотсосу с отрицательным давлением до 1 атм. Вращением канюли осуществляют аспирацию плодного яйца. Диаметр канюли 4,5 и 6 мм. На ее конусе с противоположных сторон имеются два отверстия. После того как прекращается поступление аспирата из матки и появляются пузырьки воздуха, операцию заканчивают.

Этот метод можно применять в амбулаторных условиях без обезболивания.

16.2. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Больные, у которых возникает самопроизвольный аборт, заслуживают особого внимания. Причины самопроизвольного прерывания беременности многообразны: ранний токсикоз беременности, сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические инфекции, инфантилизм, эндокринные нарушения и т. д. Различные патологические состояния могут приводить к гибели плодного яйца, которое затем изгоняется из полости матки как инородное тело. В некоторых случаях возникают усиленные сокращения матки, которая изгоняет жизнеспособное плодное яйцо.

При оказании помощи больным с самопроизвольным абортом надо учитывать заболевания, которые ему предшествовали, и уделять таким больным должное внимание. Женщины нуждаются не только в операции удаления плодного яйца, но и в лечении того заболевания, которое послужило причиной самопроизвольного аборта. Техника проведения операции та же, что и при искусственном аборте. Шейку матки расширяют при необходимости.

16.3. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЙ АБОРТ

Аборт может иметь место вследствие внебольничного вмешательства. Он сопровождается схваткообразными болями внизу живота и кровотечением.

В течении аборта различают следующие стадии: начавшийся аборт, аборт в ходу, неполный аборт, полный аборт (рис. 16.3). Установление диагноза, как правило, не представляет трудностей. При гинекологическом исследовании выявляется, что матка увеличена соответственно сроку беременности или несколько уменьшена (при изгнании плодного яйца).



а



б



в

Рис. 16.3. Стадии самопроизвольного аборта.
а — начинающийся аборт; б — аборт в ходу; в — неполный аборт.

Состояние шейки матки зависит от стадии аборта. При начавшемся аборте возникает частичная отслойка плодного яйца от стенок матки, появляются кровянистые выделения. Шейка матки укорочена, зев приоткрыт, появляются схваткообразные боли внизу живота. При аборте в ходу шейка матки пропускает палец, которым за внутренним зевом можно определить плодное яйцо. Иногда плодное яйцо находят в канале шейки матки. Как правило, имеют место обильное кровотечение, схваткообразные боли внизу живота.

При неполном аборте плод изгоняется из полости матки, но в ней остаются часть хориона и децидуальная оболочка. Кровянистые выделения могут быть умеренными. Шейка матки приобретает обычную конфигурацию, зев приоткрыт. Схваткообразные боли внизу живота носят менее интенсивный характер, но полностью не прекращаются. В редких случаях при малом сроке беременности плодное яйцо полностью изгоняется из матки, тело ее сокращается. Шейка матки приобретает обычную конфигурацию, наружный зев закрывается. Такие больные не нуждаются в выскабливании.

При обильном кровотечении больные нуждаются в срочном

удалении остатков плодного яйца из матки и выскабливании ее стенок для удаления хориона и децидуальной оболочки. Операцию следует выполнять под кратковременным наркозом.

Перед операцией обязательно следует прозондировать полость матки, чтобы знать, в каком направлении вводить инструмент. Пренебрежение этим элементарным приемом может повести к перфорации матки. Расширять канал шейки матки, как правило, не требуется. Кюреткой отслаивают плодное яйцо от стенок матки, затем можно удалить его абортцангом. Если с самого начала использовать абортцанг, то при наличии перфорации (всегда помнить о возможности этого осложнения) можно нанести тяжелые повреждения органам брюшной полости. Абортцангом в начале операции можно пользоваться, когда плодное яйцо находится в цервикальном канале.

Во время операции кровотечение усиливается. Это объясняется отделением оболочек от стенок матки. После удаления плодного яйца матка сокращается, кровотечение прекращается. В очень редких случаях при атонических кровотечениях после аборта приходится прибегать к чревосечению и удалению матки.

16.4. ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Редкой, очень тяжелой патологией является шеечная беременность (рис. 16.4). Возникновение ее может быть обусловлено неполноценностью слизистой оболочки матки в силу тех или иных причин (многократные аборты, воспаления и т. д.) или сниженной способностью плодного яйца к фиксации. В этих случаях оно имплантируется и начинает развиваться в канале шейки матки. Шейка приобретает бочкообразную форму. Наружный зев расположен не по центру, а значительно сдвинут в сторону, кзади или кпереди в зависимости от того, на каком участке шейки матки располагается плодное яйцо. Тело матки более плотное, чем шейка, и нередко меньше ее по размерам.

Для шеечной беременности характерны ранние длительные кровавистые выделения. Как правило, она диагностируется с началом кровотечения. Поскольку эта патология очень редкая, врач на протяжении ряда лет может с ней не встречаться и мысль о ее наличии не приходит ему в голову. При обследовании больной необходимо обратить внимание на форму шейки матки, расположение наружного зева. Ввести палец в канал шейки матки, как правило, не удастся. Если есть возможность, то надо произвести ультразвуковое исследование.

Инструментальное удаление плодного яйца сопровождается профузным кровотечением. Стенки шейки матки истонченные, дряблые. В этих случаях необходима тугая тампонада шейки матки для подготовки к операции. Экстирпацию матки выполняют в срочном порядке. Попытки лечить этих больных консервативно, как правило, малоэффективны. Иногда после тампонады



Рис. 16.4. Шеечная беременность.

кровотечение останавливается, но через несколько часов возобновляется. Женщина теряет много крови, и нередко дополнительная кровопотеря оказывается роковой. При установлении диагноза шеечной беременности показана незамедлительная операция — экстирпация матки.

Иногда плодное яйцо изгоняется из полости в шейку матки. В этих случаях она тоже приобретает бочкообразный вид, но наружный зев располагается по центру. Пальцем, введенным в канал шейки матки, можно «обойти» плодное яйцо. Оно легко удаляется из канала. Выскабливать следует не только канал шейки, но и полость матки, учитывая, что там могут остаться части плодного яйца. Кроме того, необходимо удалить децидуальную оболочку. После выскабливания кровотечение прекращается.

Аборт в ходу и неполный аборт всегда сопровождаются той или иной степенью анемии и инфицирования, поэтому больные нуждаются в антибактериальной, десенсибилизирующей и противоанемической терапии. Такое лечение является профилактикой развития генерализованной инфекции (послеабортного сепсиса).

Нередко женщина после самопроизвольного изгнания плодного яйца не обращается к врачу. Между тем в матке обычно остаются части хориона и децидуальной оболочки. При длительном течении аборта содержимое матки инфицируется.

16.5. ИНФИЦИРОВАННЫЙ АБОРТ

Проблема септической инфекции при внебольничных абортах полностью не разрешена.

Инфекция возникает при наличии в матке значительной раневой поверхности. Часто она развивается на фоне сниженной иммунологической реактивности, нередко у больных, ослабленных, с экстрагенитальными заболеваниями. Все эти факторы осложняют лечение. Если инфекция ограничивается только маткой, то в таких случаях говорят о неосложненном лихорадочном аборте. Это заболевание характеризуется повышением температуры тела, лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Явления общей интоксикации отсутствуют. Наблюдаются мутные кровянистые выделения с запахом. При таком состоянии показаны инструментальное удаление остатков плодного яйца из полости матки и антибактериальная терапия.

Распространение инфекции за пределы матки (на тазовую

брюшину и придатки) сопровождается значительным ухудшением общего состояния больной, высокой температурой тела, тахикардией, ознобом, ухудшением картины крови.

При влагалищном исследовании выявляется резкая болезненность в области матки и ее придатков. При такой ситуации интенсивную антибактериальную, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию необходимо проводить до стихания явлений воспаления и нормализации картины крови, после чего можно опорожнить полость матки.

Наличие профузного кровотечения даже при высокой температуре тела и явлениях общей интоксикации заставляет прибегать к выскабливанию матки или пальцевому удалению остатков плодного яйца по жизненным показаниям. Как правило, после этого кровотечение останавливается.

16.6. ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ

Одним из наиболее частых осложнений, которое возникает во время искусственного прерывания беременности, является перфорация матки. В связи с этим аборт не должен рассматриваться как простая и легкая операция. Нельзя производить его при сроке беременности более 12 нед, так как размягченные, растянутые стенки матки легко травмируются.

Особую осторожность надо проявлять в отношении тех больных, у которых возможны патологические процессы в стенке матки (многократные аборты, эндометриты после родов и абортов, пузырный занос, консервативная миомэктомия в анамнезе).

Сравнительно легко произвести перфорацию при миоме матки, так как неровности внутренних контуров матки затрудняют ее опорожнение и попытка полного удаления остатков плодного яйца может закончиться перфорацией (рис. 16.5).

Перфорация матки чаще всего происходит в тех случаях, когда до производства искусственного аборта не удалось получить четкого представления о расположении матки. Иногда резкий перегиб матки кпереди или кзади является причиной перфорации, так как расширители вводят не в том направлении, в котором нужно. Влагалищное исследование перед операцией искусственного аборта позволяет определить положение матки, путем зондирования устанавливают ее длину и направление, в каком следует вводить расширители. При резком перегибе матки кпереди или кзади интенсивное подтягивание шейки матки пулевыми щипцами к входу во влагалище способствует выпрямлению канала шейки матки, и при зондировании можно установить направление введения расширителей.

Опасность для больной заключается не только в самом факте перфорации, но и в том, что врач часто не замечает того, что произошло прободение матки, и продолжает операцию, нанося повреждения половым органам, кишечнику, мочевому пузырю и сальнику. Обычно в момент перфорации возникает острая боль.

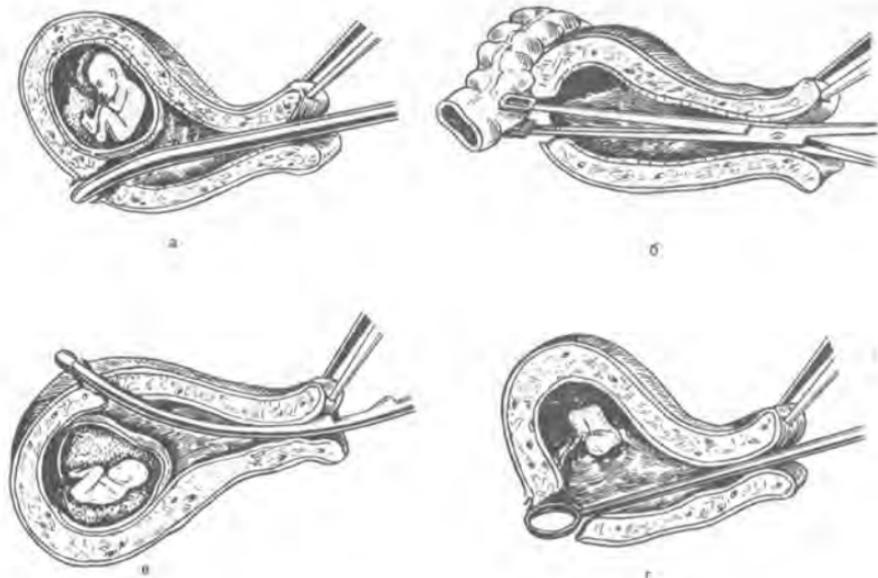


Рис. 16.5. Перфорация матки.

а — расширителем Гегара; б — абортцангом с захватом петель кишечника, в — маточным лондом; г — кюреткой.

При искусственном аборте под наркозом на этот симптом естественно рассчитывать нельзя. Если врач сразу же замечает, что инструмент проникает в брюшную полость, то все манипуляции следует немедленно прекратить.

При перфорации матки зондом или расширителем малого номера, т. е. инструментами, которыми трудно нанести значительную травму, следует осторожно попытаться удалить плодное яйцо, не прибегая к абортцангу. Если при этом не возникает кровотечение и состояние женщины (пульс, артериальное давление, боли) не внушает опасений, то можно воздержаться от оперативного вмешательства при тщательном наблюдении за больной. Рекомендуются антибактериальная терапия, средства, сокращающие матку, лед на живот. При ухудшении состояния показана срочная операция.

Если перфорация произошла в процессе искусственного аборта и врач уже пользовался абортцангом или большой кюреткой для удаления частей плодного яйца, то нужно произвести чревосечение и ревизию органов малого таза.

При небольшом дефекте матки операция может быть ограничена иссечением краев перфорационного отверстия и ушиванием его. При наличии крупных дефектов, которые возникают, как правило, при искусственном прерывании беременности в поздние сроки, особенно таких как почти полный отрыв тела матки от шейки, разрыв шейки матки с переходом на ребро матки и сосудистые пучки, приходится удалять матку. В таких случаях операции, как правило, нетипичны и могут оказаться технически

сложными. Тщательная ревизия органов малого таза и кишечника, прилежащего к матке, обязательна. При нарушении целостности стенки кишечника или мочевого пузыря их следует ушить.

Если больная поступила по поводу внебольничного аборта, то в случае установления диагноза перфорации матки (данные влагалищного исследования, зондирования, кровотечение) чревосечение является обязательным. Клиническая картина зависит от размеров кровопотери, времени, прошедшего с момента перфорации, наличия инфекции и перитонеальных явлений. Во время чревосечения вопрос об удалении или оставлении матки должен решаться в зависимости от ее состояния. При наличии больших раневых участков с повреждением сосудистых пучков, гематом в параметрии, при некрозе и нагноении матку приходится удалять.

При экстирпации матки влагалище надо оставлять открытым, а брюшную полость дренировать. В послеоперационном периоде показана интенсивная антибактериальная и инфузионно-трансфузионная терапия.

16.7. ПАРАМЕТРИТ

Лимфатические пути от тела и шейки матки проходят через параметральную клетчатку. При распространении инфекции из матки во время аборта может развиваться параметрит (боковой, передний или задний).

Отмечаются повышение температуры тела, озноб, боли внизу живота, иногда в нижних конечностях. При вовлечении в процесс пояснично-подвздошной мышцы больные принимают вынужденное положение с согнутой в колене ногой и приведенным к животу бедром. Спустя 2—3 дня начинает отчетливо контурироваться инфильтрат.

В случае бокового параметрита инфильтрат располагается между боковой поверхностью матки и стенкой таза, смещает матку в противоположную сторону, может распространяться до боковой стенки таза. Боковой свод уплощается. При двустороннем боковом параметрите матка замурована в инфильтрате. Иногда он распространяется кпереди, выходит из полости малого таза и прощупывается в виде плотного образования над паховой складкой. При воспалении заднего отдела клетчатки инфильтрат распространяется кзади от матки и охватывает прямую кишку, нередко суживая ее просвет. При нагноении инфильтрата пальпаторно определяется размягчение. В крови нарастает лейкоцитоз, происходит сдвиг формулы влево, повышается СОЭ.

Показана антибактериальная и инфузионная терапия. При возникновении абсцесса производят его пункцию (чаще через задний свод) с последующей кольпотомией. Для этого влагалище под кратковременным наркозом обнажают в зеркалах. Заднюю губу шейки матки берут на пулевые щипцы. Толстой иглой пунктируют задний свод влагалища. При выделении гноя из иглы

скальпелем по игле производят разрез заднего свода длиной 1 см. После опорожнения гнойника его дренируют в течение 2—3 дней. Через дренаж можно вводить дезинфицирующие растворы.

16.8. АБСЦЕСС ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОГО УГЛУБЛЕНИЯ

При распространении инфекции на брюшину прямокишечно-маточного углубления там может развиваться абсцесс, стенки которого образованы маткой, прямой кишкой, петлями кишечника, сальником. При влагалитном исследовании выявляется образование, выпячивающее задний свод влагалища; отмечается флюктуация.

Наличие абсцесса, который служит проявлением отграниченного тазового перитонита, сопровождается общей интоксикацией, ознобом, болями, нередко затруднением акта дефекации и мочеиспускания.

Больным показаны покой, дезинтоксикационная терапия и лечение антибиотиками, при появлении флюктуации — пункция через задний свод влагалища с последующей кольпотомией.

16.9. СЕПСИС

Одной из тяжелых форм генерализации инфекции при аборте является сепсис (септицемия или септикопиемия).

Септицемия — острое заболевание, протекающее с явлениями выраженной интоксикации. Характерны раннее после оперативного вмешательства начало, высокая температура тела (до 40—41° С), повторяющийся озноб, олигурия, иногда боли в суставах и икроножных мышцах. С повышением температуры тела отмечаются тахикардия, тахипноэ. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, с землистым или желтоватым оттенком. Больные вялые, апатичные, сонливые. Вследствие тяжелой интоксикации наблюдается нарушение сердечной деятельности: падение артериального давления, аритмия, цианоз слизистых оболочек, нарастание признаков перегрузки правых отделов сердца. Вслед за указанными симптомами нередко на конъюнктиве глаз, коже живота и спины появляется петехиальная сыпь, а также возникает диарея токсического происхождения. Могут иметь место также неврологические симптомы (потеря сознания, бред или эйфория). Язык сухой, обложенный. Живот может быть вздутым и болезненным. Изменения крови характеризуются лейкоцитозом, увеличением СОЭ, уменьшением числа тромбоцитов, нейтрофильным сдвигом формулы крови, нарастанием анемии. В последующие дни увеличиваются печень и селезенка.

Септикопиемия чаще всего развивается как следующий этап септицемии и характеризуется образованием метастатических

гнойных очагов в различных органах. Клиническая картина характеризуется высокой температурой тела, многократным повторением озноба, нарастанием сердечно-сосудистой недостаточности, тахипноэ (25—40 дыханий в минуту). Наряду с общей интоксикацией возникает поражение отдельных органов, чаще нескольких.

При исследовании крови определяются снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг формулы крови, токсическая зернистость нейтрофилов, пойкилоцитоз, анизоцитоз, повышение СОЭ. В моче обнаруживаются белок, нередко гиалиновые и зернистые цилиндры, единичные форменные элементы. При биохимическом исследовании крови выявляются гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, тканевой ацидоз. При длительном и тяжелом течении заболевания может наступить угнетение глюкокортикоидной функции коры надпочечников: Практически всегда отмечаются нарушения в системе гемостаза с развитием синдрома ДВС.

Лечение сепсиса должно быть комплексным: антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая терапия, введение сердечных средств, глюкокортикоидов, а при показаниях оперативное вмешательство. Вопрос о срочном оперативном вмешательстве — удалении матки — возникает при развитии на почве сепсиса септического шока, гнойном процессе в придатках матки (пиосальпинкс, абсцесс яичника, тубовариальный абсцесс), перитоните, анаэробном сепсисе, некрозе стенки матки (после введения в ее полость химических средств при внебольничном аборте).

Анаэробный сепсис. Возбудителем является грамотрицательная палочка, образующая споры и продуцирующая экзотоксин. В клинической картине преобладают симптомы, связанные с образованием газов и расплавлением тканей. Чаще возбудителями являются неспорообразующие анаэробы (бактероиды, пептококки, пептострептококки), выделяющие токсины, обладающие некротическими, гемолитическими свойствами. Кроме того, токсины этих бактерий переводят гемоглобин в метгемоглобин. Они оказывают антифагоцитарное действие, следствием чего является отсутствие воспалительной реакции в местах поражения. По мере увеличения количества метгемоглобина в крови на первый план выступает картина кислородного голодания. Чаще в процесс вовлекается стенка матки в области прикрепления плаценты.

Появляется классическая триада симптомов: выраженная желтуха с бронзовым оттенком кожных покровов, олиго- или анурия, характерная окраска мочи (бурая или цвета мясных помоев), т. е. развивается острая почечная недостаточность. Температура тела иногда повышается, затем критически снижается. Сознание, как правило, несколько угнетено, но сохранено. Язык сухой, обложен темным налетом. Живот мягкий, без выраженных симптомов раздражения брюшины, за исключением тех слу-

чаев, когда развивается гангрена матки или имеют место перфорация матки и перитонит.

В результате гемолиза эритроцитов уровень гемоглобина снижается, лейкоцитоз повышается. Лейкоцитарная формула характеризуется сдвигом влево, появлением миелоцитов и юных лейкоцитов, нарастанием количества палочкоядерных лейкоцитов до 20—40 % и более, лимфо- и моноцитопенией. Сыворотка крови приобретает коричнево-красный оттенок. Уровень билирубина повышается до 54—56,9 мкмоль/л. Моча выделяется в количестве 100 мл и менее. В ней содержатся большое количество белка и продукты распада эритроцитов (кровяной детрит или гемоглобиновые глыбки). Возникают симптомы острой почечной недостаточности.

При анаэробном сепсисе необходимо сразу же после поступления больной удалить остатки плодного яйца, а в случае подозрения на перитонит или гангрену матки произвести ее экстирпацию.

Больным анаэробным сепсисом вводят поливалентную противогангренозную сыворотку: 40 000 АЕ внутривенно в 1-е сутки, затем по 10 000 АЕ ежедневно внутримышечно в течение 2—4 дней. Используют антибиотики широкого спектра действия, оказывающие бактерицидное действие и не угнетающие функции почек. Проводят инфузионную и трансфузионную терапию. Больные с установленным диагнозом анаэробного сепсиса нуждаются в строгой изоляции и специальном уходе.

Септический шок. Наиболее ранними признаками являются озноб, сопровождающийся повышением температуры тела до 39—40° С, одышка, эйфория, некритическая оценка собственного состояния. Цвет кожных покровов изменяется от ярко-алого, когда кожа теплая и сухая (при гипертермии), до бледно-цианотичного с землистым оттенком, когда она становится влажной и холодной на ощупь (при последующем снижении температуры тела до нормальной и субнормальных величин). При развитии внутрисосудистого гемолиза окраска покровов оказывается желтушной (вплоть до бронзовой) с выраженным акроцианозом, «мраморным рисунком».

Артериальное давление в первые часы остается нормальным, либо повышается, затем отмечается резкое падение его до критически низких величин — 60/40—20/0 мм рт. ст. (один из важных симптомов). Соответственно изменяется наполнение пульса при выраженной тахикардии (особенно во время снижения температуры тела).

В легких на фоне везикулярного дыхания можно выслушать рассеянные сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот несколько вздут за счет развивающегося пареза кишечника, перистальтика при выслушивании вялая. Спустя 3—6 ч от начала развития шока могут появиться перитонеальные симптомы. Печень увеличивается на 2—3-и сутки заболевания, становится болезненной; селезенка увеличивается несколько позднее.

Одним из достоверных признаков септического шока является выраженная олигурия — выделение менее 30 мл мочи за 1 ч. Иногда наблюдается анурия. В большинстве случаев развивается легочная недостаточность (тахипноэ, дыхательный алкалоз, гипоксемия). Изменения в системе дыхания могут привести к отеку легких.

Возбуждение больной, характерное для начала заболевания, в дальнейшем сменяется помрачением сознания.

При исследовании крови в первые часы заболевания выявляются тромбоцитопения, тенденция к гипокалиемии, чаще выраженный дыхательный алкалоз в сочетании с тяжелым метаболическим ацидозом, увеличение содержания азотистых веществ (мочевина, креатинин) в крови. В более поздние сроки у всех больных наблюдается выраженный гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево, возрастает СОЭ, развиваются анемия, гипо- и диспротеинемия. При развитии острой почечной недостаточности и переходе в стадию олигоанурии появляется склонность к гипонатриемии, гиперкалиемии, гипокальциемии.

Почти у всех больных имеются признаки коагулопатии потребления, развивается синдром ДВС. Клинически это проявляется кровоточивостью (в местах инъекций, из матки, из поврежденных при операции тканей), кровоподтеками, кожными петехиальными кровоизлияниями и некрозами.

Септический шок является основной причиной развития острой почечной недостаточности после инфицированного аборта. Такая больная должна быть срочно направлена в нефрологическое отделение для проведения гемодиализа. Транспортировку больной осуществляют санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала.

В связи с тем, что септический шок развивается преимущественно на почве неполного инфицированного аборта, сразу же после поступления больной в стационар необходимо произвести инструментальное опорожнение полости матки. Ревизию следует делать осторожно, с помощью кюретки (абортцанга) на фоне начатой антибактериальной, инфузионной терапии, введения кортикостероидов и других компонентов комплексной терапии.

Если на протяжении 8—12 ч после выскабливания полости матки, проведения консервативной терапии не отмечается улучшения состояния больной (артериальное давление не достигает 90/60 мм рт. ст. и более высокого уровня, а по введенному в мочево́й пузырь постоянному катетеру за 1 ч выделяется менее 30 мл мочи или наступает анурия), то показана экстирпация.

Показано введение антибиотиков широкого спектра действия: цефалоспоринов, аминогликозидов, полусинтетических пенициллинов, линкомицина, а также метронидазола. Весьма эффективен при септическом шоке бензилпенициллин, назначаемый в больших дозах — 40 000 000—50 000 000 ЕД в сутки. Ввиду тяжести

заболевания антибиотики рекомендуется вводить внутривенно и внутримышечно.

В больших дозах следует применять кортикостероиды (инъекции 500—750 мг гидрокортизона каждые 2 ч до выведения больной из шока). По достижении лечебного эффекта их можно сразу же отменить. В таких дозах кортикостероиды улучшают микроциркуляцию, увеличивают сердечный выброс, ослабляют действие эндотоксина, снижают возможность побочных реакций в связи с применением высоких доз антибиотиков (в частности, мегадоз бензилпенициллина). В комплекс лечебных мероприятий входит применение гепарина в дозе 30 000—40 000 ЕД в сутки равными дозами через 4—6 ч.

При тромбоцитопеническом кровотечении показаны переливание свежей одногруппной крови (прямое переливание крови), вливание концентратов тромбоцитов, применение антифибринолитических средств.

При септическом шоке патогенетически обосновано использование сосудорасширяющих (спазмолитических) средств — папаверина, но-шпы и др.

16.10. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность является основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста. Эта патология имеет чрезвычайно большое практическое значение.

Наиболее часто имплантация оплодотворенного плодного яйца происходит в одном из отделов маточной трубы (ампулярный, интерстициальный, истмический). В редких случаях имеет место яичниковая или брюшная беременность. Брюшная беременность может быть первичной, когда плодное яйцо сразу же начинает развиваться в брюшной полости, имплантируясь на брыжейке кишок, на широкой маточной связке или в любом другом отделе. Чаще брюшная беременность является вторичной, т. е. после трубного аборта непогибшее плодное яйцо продолжает развиваться в брюшной полости (рис. 16.6).

К внематочной беременности можно отнести также беременность в рудиментарном роге матки, поскольку клинические проявления при ее прерывании такие же, как при разрыве трубы.

16.10.1. ЭТИОЛОГИЯ

Причины, которые могут привести к развитию трубной беременности, многообразны. Основными являются воспалительные процессы в придатках матки, половой инфантилизм, нарушение сократительной деятельности маточных труб, эндокринные расстройства, опухоли, повышенная активность трофобласта.

Воспалительные заболевания, после которых возникает трубная беременность, как правило, носят стертый характер. Как следствие их в просвете трубы возникают спайки, перетяжки,

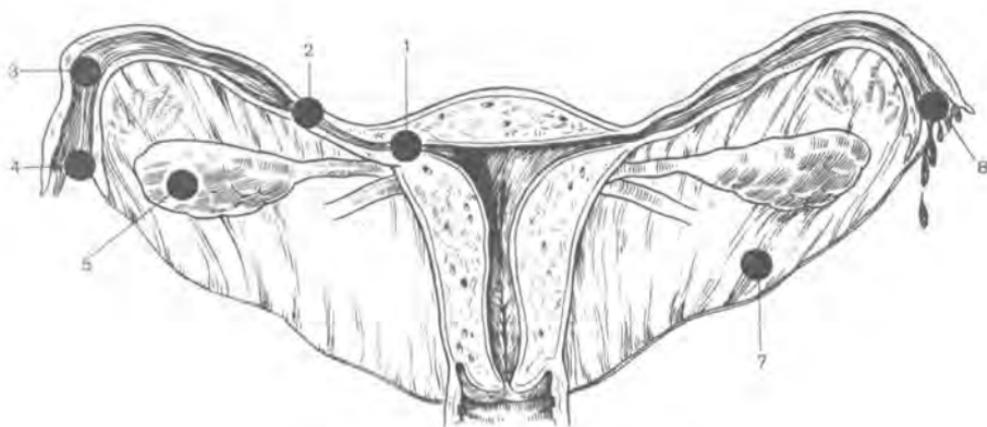


Рис. 16.6. Локализация внематочных беременностей (схема).

1 — интерстициальная трубная беременность, 2 — истмическая трубная беременность; 3 — ампулярная трубная беременность; 4 — трубно-яичниковая беременность; 5 — яичниковая беременность; 6 — трубный аборт; 7 — первичная брюшная беременность.

карманы и нарушаются ее перистальтические движения. Нередко у женщин, которые лечились по поводу бесплодия, восстанавливается частичная проходимость труб, но перистальтика нарушена, что является причиной возникновения трубной беременности.

При наличии полового инфантилизма маточные трубы длинные, извитые, перистальтика их неполноценна. Через такую трубу яйцеклетка не успевает в положенный срок проникнуть в полость матки.

16.10.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Имплантация плодного яйца происходит там, где оно оказывается к тому моменту, когда трофобласт начинает свою ферментативную деятельность.

Ворсины хориона внедряются в стенку трубы; при этом ее мышечный слой гипертрофируется. Маточная труба принимает веретенообразную форму, на 4—6-й неделе беременность прерывается; редко она продолжается свыше 8 нед. Прерывание трубной беременности происходит вследствие нарушения целостности плодместилища. Если разрывается стенка плодместилища, обращенная в просвет трубы, то плодное яйцо погибает, отслаивается от стенок трубы и вследствие перистальтики постепенно выбрасывается в брюшную полость через ампулярный конец. Возникает трубный аборт, который сопровождается кровотечением различной интенсивности. При этом кровь через трубу поступает в брюшную полость и через матку наружу в виде кровянистых выделений. В некоторых случаях она скапливается в маточно-прямокишечном углублении и образуется гематома.

По типу трубного аборта чаще всего прерывается беремен-

ность, развивающаяся в ампулярной части трубы. При имплантации плодного яйца в истмической или интерстициальной части происходит разрыв трубы, который сопровождается обильным кровотечением (рис. 16.7).

В редких случаях плодное яйцо, вытолкнутое из трубы, имплантируется в брюшной полости и возникает вторичная брюшная беременность, которая в исключительных случаях донашивается.

Большую опасность представляет беременность, развивающаяся в добавочном роге матки. При этом, поскольку условия для развития плодного яйца лучше, чем в трубе, беременность обычно прерывается в более поздние сроки (4—5 мес), что сопровождается обильным кровотечением.

Различают прогрессирующую и прервавшуюся трубную беременность.

Прогрессирующую трубную беременность в ранние сроки диагностировать трудно, так как при этом в организме возникают изменения, свойственные беременности. Иногда наблюдаются задержка менструации, тошнота, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки. Матка за счет наличия децидуальной оболочки и гипертрофии мышечных элементов увеличивается и размягчается. При влагалищном исследовании удается пальпировать опухолевидное образование или некоторую тестоватость в области придатков матки (это может быть яичник, увеличенный за счет желтого тела беременности). Положительные биологические реакции на беременность также не оказывают большой помощи, а лишь свидетельствуют о том, что имеется беременность. Выявляемое при динамическом наблюдении увеличение опухолевидного образования придатков матки позволяет установить диагноз. Основной признак, по которому женщины определяют наступление беременности, — задержка менструации, может отсутствовать. Иногда менструация начинается в срок или несколько раньше, но проходит необычно (выделения скудные кровянистые).

В очень редких случаях беременность достигает таких сроков (брюшная беременность, в роге матки), когда появляются достоверные признаки ее: выслушивается сердцебиение плода, определяются его части. На обзорном снимке брюшной полости можно увидеть скелет ребенка.

Казуистикой является донашивание брюшной беременности до срока родов. Обычно при этом могут иметь место аномалии развития плода.

Клиническая картина при прервавшейся трубной беременности обуславливается характером ее прерывания.

Симптоматика разрыва трубы типична. Внезапно возникают боли внизу живота, в паху, иногда отдающие в плечо и лопатку (френикус-симптом, обусловленный раздражением диафрагмального нерва), холодный пот, снижение артериального давления, потеря сознания, слабый частый пульс, тошнота, бледность кож-

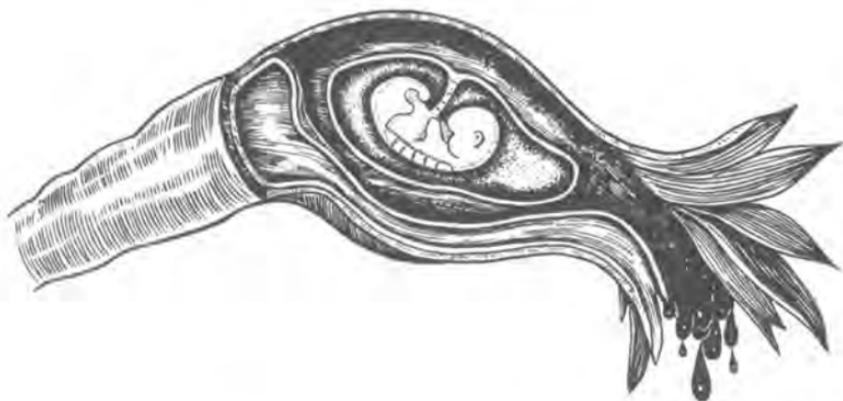


Рис. 16.7. Трубная беременность в ампулярном отделе. Внутренний разрыв плодовместилища.

ных покровов и слизистых оболочек, цианоз лица. Живот болезнен при пальпации, больше с той стороны, где произошел разрыв трубы. Симптом Щеткина — Блюмберга слабоположительный. При перкуссии определяется притупление звука в отлогих частях живота. Температура тела нормальная. По мере увеличения кровопотери развивается тяжелый постгеморрагический коллапс. При влагалищном исследовании обнаруживаются незначительные кровянистые выделения (их может не быть). Матка слегка увеличена, размягчена, подвижна более чем обычно («плавает»). В области придатков имеется пастозность или пальпируется опухолевидное образование с той стороны, где имеется «беременная» маточная труба. Задний свод иногда уплощен или выпячен. Отмечаются резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и резкая болезненность заднего свода влагалища («крик Дугласа»).

Симптоматика разрыва маточной трубы настолько ярко выражена, что распознавание его не представляет трудностей.

Значительно сложнее установить диагноз тогда, когда беременность прерывается по типу трубного аборта. При этом имеют место приступообразные боли внизу живота (чаще на стороне «беременной» трубы), кровянистые выделения. Часто возникают кратковременные обморочные состояния или чувство дурноты. При влагалищном исследовании пальпируются слегка увеличенная, мягковатой консистенции матка и опухолевидное образование в области придатков, болезненное при пальпации, ограниченное в подвижности. В некоторых случаях определяются уплощение бокового и заднего сводов влагалища, а также выпячивание заднего свода влагалища. Болезненность при смещении шейки матки кпереди и болезненность при пальпации заднего свода влагалища выражены значительно слабее, чем при разрыве трубы. Нередко выделяется децидуальная оболочка матки, которую необходимо подвергнуть гистологическому исследова-

нию. При гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки тела матки в связи с кровянистыми выделениями выявляется наличие децидуальной ткани без элементов хориона.

Прерывание беременности по типу трубного аборта иногда протекает довольно длительно (в некоторых случаях осложняется нагноением). Приступы болей и головокружений, кровянистые выделения продолжаются. Образуется перитубарная или маточная гематома. При скоплении свободной крови в брюшной полости выражен френикус-симптом.

16.10.3. ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Внематочную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, необходимо отличать от следующих заболеваний: прерывания маточной беременности в ранние сроки, обострения воспаления придатков матки, апоплексии яичника и острого аппендицита.

При необходимости проводят дополнительные исследования.

Чаще всего пункцию брюшной полости производят через задний свод влагалища. При этом кровь темная, не свертывается, содержит мелкие сгустки. Получение такого пунктата подтверждает наличие внутрибрюшного кровотечения. Если крови в пунктате нет, это не исключает трубной беременности, так как, изливаясь, кровь не может достичь прямокишечно-маточного углубления из-за спаек.

Можно пунктировать сосуд. В этом случае кровь легко свертывается и имеет обычный вид крови, истекающей из сосуда.

При лапароскопии и кульдоскопии, как правило, безошибочно диагностируется трубная беременность, так как вид раздутой сине-багровой маточной трубы весьма характерен.

При гистеросальпингографии в трубе выявляется характерная картина: полость, заполненная контрастным веществом, имеет полулунную форму. Этот метод не получил достаточного распространения.

Ультразвуковое исследование может выявить наличие плодного яйца в маточной трубе. Оно оказывает помощь и в тех случаях, когда при признаках беременности в матке нет плодного яйца. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать беременность в дополнительном роге матки.

В некоторых случаях помощь при установлении диагноза может оказать гистологическое исследование соскоба эндометрия. При внематочной беременности в соскобе обнаруживается только децидуальная ткань без элементов хориона. Однако если внематочная беременность прервалась давно (иногда диагноз не удается установить 2—3 мес), то децидуальная ткань может полностью отторгнуться и тогда при исследовании соскоба, как правило, обнаруживаются изменения, характерные для эндометрита. Кроме того, при наличии некоторых функциональных нарушений (например, персистенция желтого тела) может иметь

место децидуоподобная реакция в эндометрии. Если в соскобе обнаруживаются элементы хориона, то можно с уверенностью говорить о маточной беременности. Как казуистика встречаются одновременно маточная и внематочная беременности.

При заинтересованности женщины в беременности от выскабливания следует воздержаться, так как может быть прервана давно желанная беременность. Кровянистые выделения, вызванные трубным абортom, после выскабливания не прекращаются. Если же они исчезли, то можно предполагать, что внематочной беременности нет.

В некоторых случаях приходится проводить довольно длительное наблюдение. Нельзя выписывать больную из стационара с неуточненным диагнозом.

16.10.4. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение внематочной беременности — хирургическое.

При разрыве трубы в случае коллапса, который поддерживается продолжающейся кровопотерей, надо срочно начинать операцию и одновременно проводить реанимационные мероприятия. Как правило, после того как во время операции пережаты кровоточащие участки, гемотрансфузия и инфузионная терапия позволяют вывести больную из тяжелого состояния. Наркоз предпочтительно эндотрахеальный с применением миорелаксантов. Последовательность мероприятий должна быть следующей.

Путем венепункции или, если необходимо, венесекции начинают вливание кровезаменителей (до определения группы и резус-фактора крови) и затем крови. При тяжелом состоянии трансфузию нужно проводить в два сосуда. Сразу же после того, как начато вливание жидкостей в сосуды, следует приступить к операции.

Разрез проводят по желанию хирурга. Первое, что следует сделать после вскрытия брюшной полости, — вывести в рану матку и трубу, содержащую плодное яйцо, наложить зажимы на мезосальпикс и маточный угол трубы. После этого кровотечение прекращается, и можно спокойно ориентироваться в брюшной полости, удалить сгустки крови, произвести осмотр придатков на другой стороне и аппендикса. Затем трубу отсекают, культю перевязывают и производят перитонизацию круглой связкой (рис. 16.8).

Беременность может возникнуть в культе удаленной трубы, поэтому во время операции по поводу трубной беременности необходимо иссекать трубный угол матки.

16.10.4.1. Реинфузия крови

Адекватное замещение кровопотери обязательно. Эффективным методом борьбы с постгеморрагическим коллапсом является аутореинфузия крови, излившейся в брюшную полость. Ре-

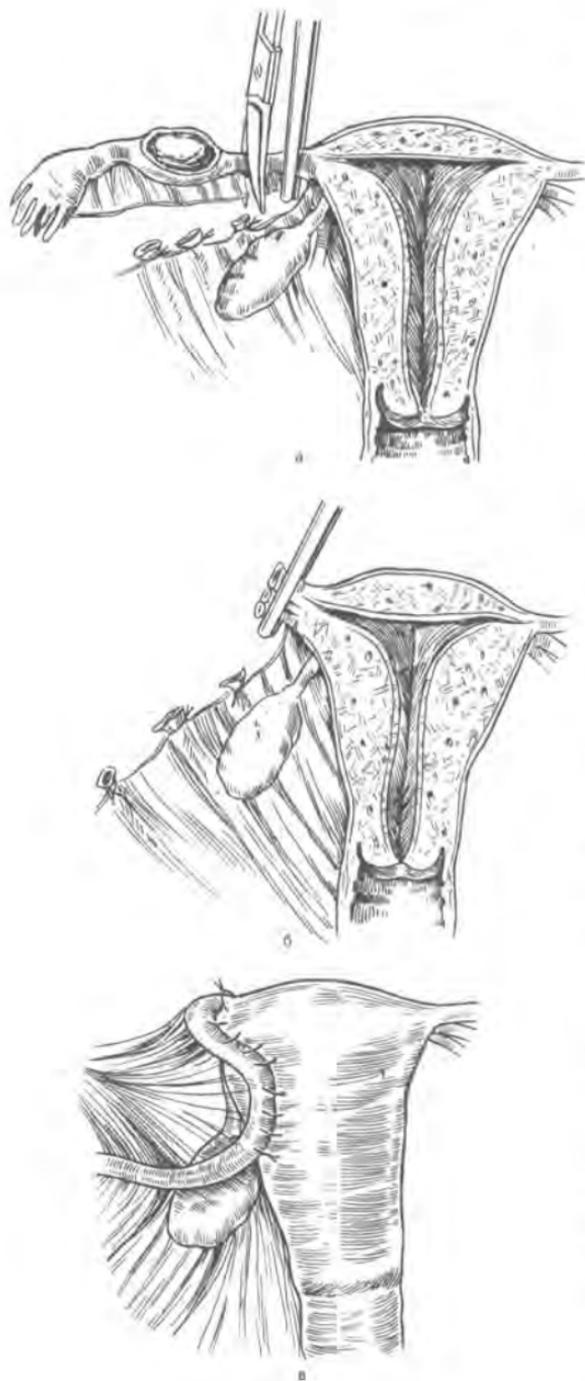


Рис. 16.8. Удаление маточной трубы.

а — наложение зажимов на маточный конец трубы. Брижейка трубы пересечена и лигирована; б — маточная труба удалена после отсечения ее от матки и брижейки; в — перитонизация за счет круглой связки.

инфузия крови возможна только в острых случаях.

При значительной кровопотере из брюшной полости для реинфузии может быть использована жидкая негемолизированная кровь. Опыт работы Института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского и других лечебных учреждений показал, что биологические свойства крови, излившейся в брюшную полость, в достаточной степени сохраняются, хотя несколько снижается содержание гемоглобина и увеличивается содержание билирубина. Реинфузия не вызывает реакции у женщины, так как кровь ее собственная. Реинфузия быстро выводит больных из тяжелого состояния, связанного с кровопотерей. Нормализуется пульс, повышается артериальное давление, улучшается работа сердца.

Одновременно можно перелить большое количество крови. Определять группу крови не надо.

Техника реинфузии. Кровь из брюшной полости удаляют стерильным стаканчиком и через 8 слоев стерильной марли для удержания свертков фильтруют в стерильную емкость, кото-

рая соединена с веной. Предварительно в эту емкость вводят 200—300 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Операции при прерывании беременности по типу трубного аборта протекают в более спокойной обстановке (нет обильного кровотечения и постгеморрагического коллапса), но технически они нередко бывают значительно сложнее из-за спаек, развившихся при этом, и гематом.

16.10.4.2. Объем операции

Объем операции зависит от того, где произошла имплантация яйцеклетки, а в более поздние сроки — от того, где располагается плацента. Операции при брюшной беременности нетипичны, нередко очень сложны.

При малом сроке яичниковой беременности следует стараться произвести частичную резекцию.

Операция в добавочном роге матки может быть простой, если рог располагается отдельно и связан с маткой небольшой перемычкой. Накладываются зажимы на эту перемычку, пересекают ее и удаляют добавочный рог. Оставшуюся ткань лигируют. Более сложна такая ситуация, когда добавочный рог матки интимно связан с основной маткой по ребру. Рекомендуется вскрыть его полость, убрать плодное яйцо, наложить зажимы на собственную связку яичника, трубу и круглую связку, пересечь их и, накладывая последовательно зажимы, удалить добавочный рог матки. Затем маточную трубу, яичник и круглую связку пришивают к основной матке.

Поскольку трубная беременность возникает чаще всего в результате воспалительного процесса, после выписки из стационара больной рекомендуется назначить курс физиотерапии, ибо операция ликвидировала лишь последствия этого процесса. Если женщину не лечить, то может возникнуть трубная беременность с другой стороны или в маточной трубе после удаления из нее плодного яйца.

16.10.4.3. Консервативные операции при трубной беременности

У значительного числа женщин при трубной беременности можно осуществить консервативную пластическую операцию, т. е. удаление плодного яйца с последующей пластикой маточной трубы. Такие операции следует производить у бездетных женщин, при повторной трубной беременности, при настойчивом желании женщины сохранить маточную трубу. Естественно, следует учитывать возраст женщины.

Противопоказанием к консервативной операции на маточной трубе является массивная кровопотеря, обширный разрыв трубы, давно прервавшаяся трубная беременность. При этом происходят необратимые изменения самой стенки маточной трубы, появля-

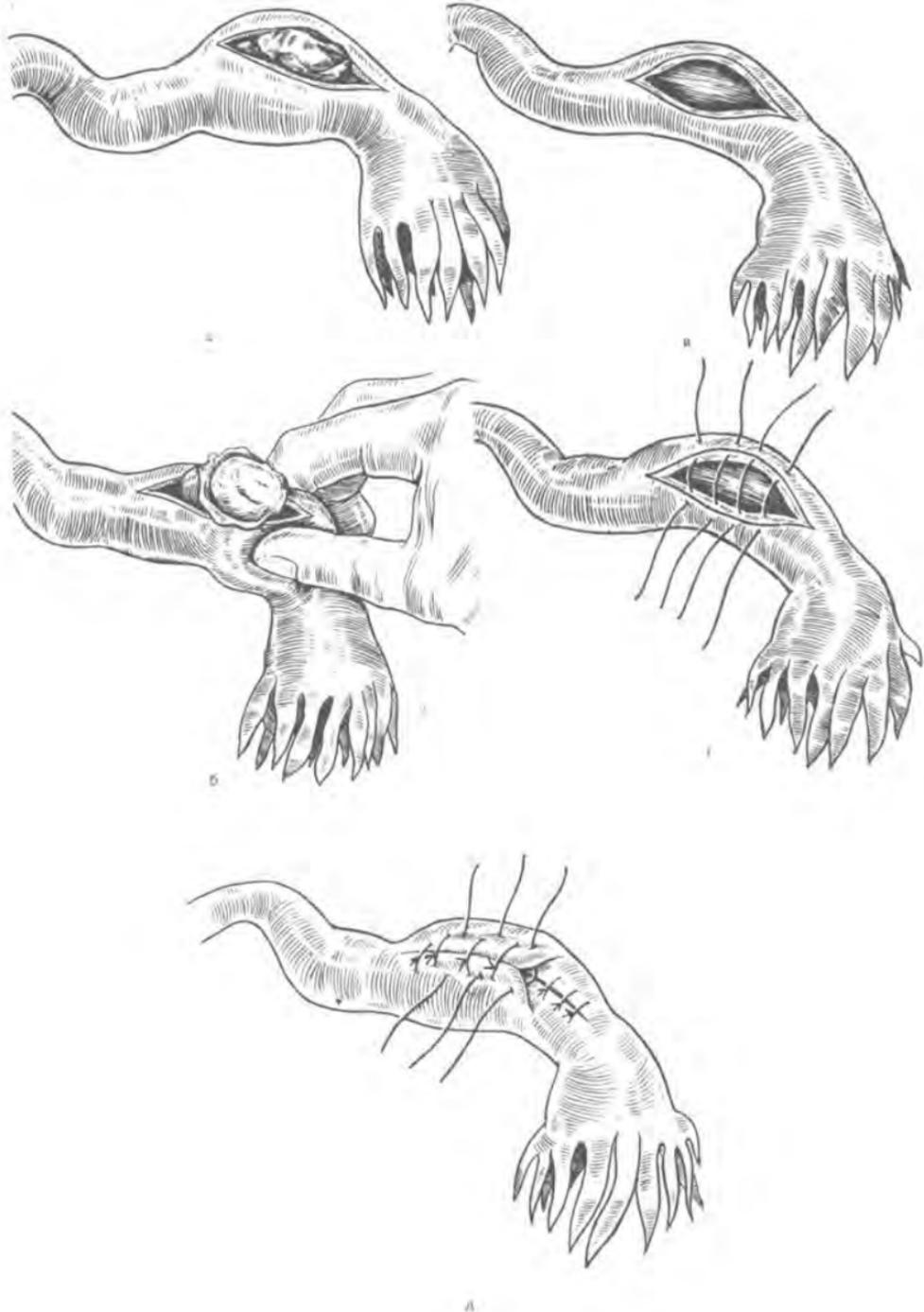


Рис. 16.9. Сальпинготомия при ампулярной трубной беременности.

а — линейный разрез маточной трубы; б — осторожное выдавливание пальцами влодного яйца через разрез маточной трубы; в — плодное яйцо удалено. Гемостаз; г — наложение первого ряда швов на рассеченный участок маточной трубы; д — наложение второго ряда швов на маточную трубу.

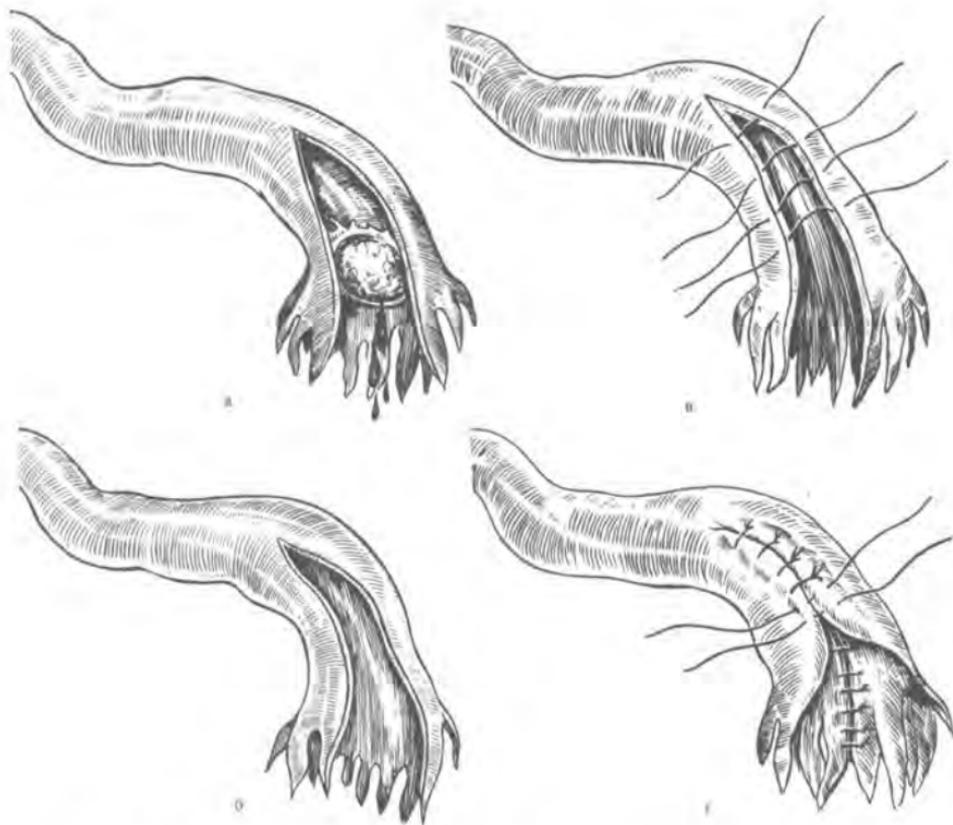


Рис. 16.10. Сальпинготомия при трубном аборте.

а — рассечение трубы для удаления плодного яйца; б — плодное яйцо удалено. Гемостаз; в — наложение первого ряда швов на рассеченный участок маточной трубы; г — наложение второго ряда швов с восстановлением целостности маточной трубы.

ются плотные сращения, которые делают невозможной консервативную операцию.

Характер операции зависит от локализации плодного яйца. При имплантации его в ампулярном отделе трубы возможно осторожное выдавливание (рис. 16.9).

При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе можно произвести операцию двояким путем: иссечь участок трубы и восстановить ее проходимость или, что более предпочтительно, рассечь трубу, удалить плодное яйцо и затем восстановить целостность маточной трубы. Плодное яйцо следует удалять тупым тупфером или пальцем, чтобы минимально повредить эндотелий маточной трубы. Возможно выскабливание ложа плодного яйца тупой кюреткой (рис. 16.10).

Восстанавливать целостность маточной трубы желательно с помощью микрохирургической техники. Наша практика показывает, что использование различных протекторов не улучшает результаты лечения. В большом проценте случаев проходимость маточ-

ной трубы сохраняется, но нарушается ее эпителий, что влечет за собой не дает возможности восстановить репродуктивную функцию.

16.11. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Абдоминальное кесарево сечение является одной из самых распространенных операций в акушерстве. Оно относится к числу неотложных пособий, которыми обязан владеть акушер-гинеколог. В последние годы расширение относительных показаний к кесареву сечению как со стороны матери, так и плода стало возможным благодаря значительным успехам современной хирургии, анестезиологии, трансфузиологии, неонатологии.

Кесарево сечение должен производить специалист, хорошо владеющий техникой абдоминального чревосечения. Желательно производить кесарево сечение в плановом порядке до начала родовой деятельности. Однако оно может быть выполнено и в родах в зависимости от акушерской ситуации.

16.11.1. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К абсолютным показаниям для абдоминального кесарева сечения следует отнести: 1) абсолютно узкий таз (истинная конъюгата не более 6 см); 2) рубцовые сужения влагалища; 3) опухоли костного таза, шейечные миомы матки, опухоли яичников с локализацией в малом тазе, препятствующие рождению или извлечению плода даже в уменьшенном виде, рак шейки матки; 4) полное предлежание плаценты; 5) неполноценный рубец на матке после кесарева сечения или зашитого разрыва матки; 6) угрожающий разрыв матки; 7) прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях; 8) поперечное положение плода при дородовом излитии околоплодных вод; 9) смерть матери при живом жизнеспособном плоде.

При наличии матки Кувелера, атонического кровотечения, множественной миомы матки, истинного приращения плаценты, рака шейки матки после кесарева сечения возникает необходимость в дополнительном оперативном вмешательстве — экстирпации или надвлагалищной ампутации матки с придатками или без них или только с маточными трубами в зависимости от вида патологии.

Относительные показания к кесареву сечению можно разделить на показания со стороны матери (узкий таз, кровотечения при беременности и в родах, поздние токсикозы, рубец на матке, слабость родовой деятельности, экстрагенитальные заболевания и др., а также сочетанные показания) и со стороны плода (угрожающая внутриутробная гипоксия, выпадение пуповины, переносенный плод).

Кесарево сечение противопоказано при клинических прояв-

лениях инфицирования матери любой локализации, в первую очередь родовых путей, и сомнительной жизнеспособности плода (глубокая недоношенность, длительная гипоксия плода, уродства).

16.11.2. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Перед экстренной операцией производят гигиеническую обработку, премедикацию (при необходимости после начала вводного наркоза в желудок вводят зонд) и катетеризацию мочевого пузыря.

Накануне плановой операции беременная принимает гигиенический душ. Вечером и утром ей ставят очистительную клизму. На ночь назначают снотворное. За час до операции проводят премедикацию, а непосредственно перед операцией катетеризацию мочевого пузыря.

16.11.3. ВИДЫ ШВОВ

Непрерывный «скорняжный» слизисто-мышечный кетгутовый шов обладает герметичностью, дает хороший гемостатический эффект, прост в исполнении.

Первый шов накладывают на угол за пределами разреза. Иглу вкалывают со стороны слизистой оболочки и проводят через мышечный слой. На другой стороне иглу проводят в обратном направлении с завязыванием узла в просвете матки. Последующие вколы иглы осуществляют также со стороны слизистой оболочки, выкол — на середине мышечного слоя. Расстояние между швами 1 см. Второй ряд швов — мышечно-мышечный непрерывный «скорняжный» или отдельный узловый со вколом и выколом иглы между швами первого ряда. Перитонизацию осуществляют за счет серозного покрова матки непрерывным кетгутовым швом. Этот шов рекомендуется накладывать после вскрытия матки в нижнематочном сегменте.

Техника наложения швов на матку также с захватыванием эндометрия, предложенная в 1974 г. В. В. Ельцовым-Стрелковым, состоит в следующем.

Первый этаж швов: накладывают отдельные слизисто-мышечные швы кетгутом. При этом слизистую оболочку захватывают через всю толщину, мышечный слой — минимально. Вкол и выкол иглы производят со стороны слизистой оболочки, а узлы после завязывания и срезания лигатур оказываются расположенными со стороны полости матки. Зашивание следует начинать с углов и заканчивать в средней части раны. Расстояние между швами 1 см. После зашивания разреза с одной стороны следует начинать зашивание с противоположного угла разреза. По окончании зашивания в центре разреза последний узел кетгута погружают в полость матки пинцетом. Второй этаж швов: накладываются узловые мышечно-мышечные швы между швами преды-

душего ряда также на расстоянии 1 см друг от друга. Узлы лигатур этого ряда швов располагают на поверхности матки. Перитонизацию осуществляют за счет висцеральной брюшины передней поверхности матки. Таким образом создают условия для плотного соприкосновения краев разреза, т. е. герметичности шва, что является необходимым для заживления раны первичным натяжением и образования прочного рубца.

16.11.4. КОРПОРАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Учитывая, что корпоральное кесарево сечение часто является причиной образования брюшных сращений, послеоперационных инфекционных осложнений, гипотонического кровотечения во время и после операции, несостоятельности рубца на матке и как следствие разрыва матки, последнее следует производить в тех случаях, когда по каким-либо причинам затруднено проведение операции в нижнематочном сегменте.

Техника операции. Переднюю брюшную стенку вскрывают продольным срединным разрезом на 3—4 см выше пупка, обходя последний слева.

Учитывая, что верхняя граница опорожненного мочевого пузыря при беременности поднимается на 5—6 см выше лобка, следует соблюдать осторожность при вскрытии париетальной брюшины. После вскрытия ее операционную рану ограждают от брюшной полости салфетками, ограничивая этим попадание околоплодных вод и крови в брюшную полость.

Тело матки смещают левой рукой влево в связи с физиологической ротацией матки в правую сторону, чтобы избежать разреза у левого ребра матки и ранения сосудистого пучка. Ориентиром срединного положения матки служат круглые связки. Разрез передней стенки матки должен проходить по ее средней линии от верхнего края пузырно-маточной складки по направлению к дну и быть не менее 12 см, что позволяет избежать продолжения его в разрыв при извлечении плода. Неглубокий разрез стенки матки начинают скальпелем по всей предполагаемой длине, затем на участке протяженностью 3—4 см рассекают всю толщу стенки матки до плодных оболочек. Рассечение матки до верхнего и нижнего краев ранее намеченного ножом разреза заканчивают прямыми ножницами по двум введенным в рану пальцам, приподнимающим вверх ее переднюю стенку. Такой прием укорачивает время вскрытия матки, предотвращает ранение ребенка.

Если после рассечения стенки матки в рану выпячивается плодный пузырь, то его надсекают скальпелем и разрывают пальцами. При предлежании плаценты в рану ее рассекают скальпелем или пробуравливают пальцами.

Введенной в рану правой рукой извлекают плод. Пуповину перерезают между двумя зажимами, ребенка передают медицинскому персоналу. В толщу стенки матки вводят 0,5—1 мл раство-

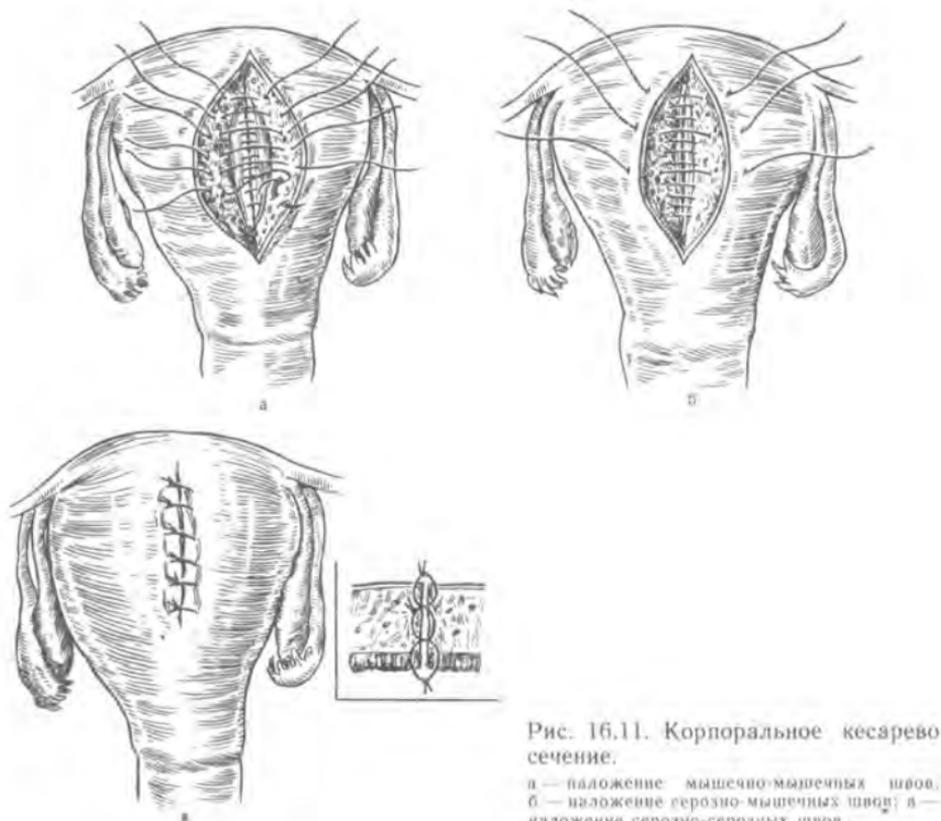


Рис. 16.11. Копоральное кесарево сечение.

а — наложение мышечно-мышечных швов, б — наложение серозно-мышечных швов; в — наложение серозно-серозных швов.

ра метилэргометрина, одновременно в вену вводится 5 ЕД окситоцина в изотоническом растворе хлорида натрия. Отступя 1 см от верхнего и нижнего углов раны, накладывают по одному узловому кетгутовому шву, используя их в качестве держалок.

При самостоятельном отделении плаценты послед удаляют потягиванием за пуповину или отслаивают ее от стенок матки и удаляют рукой. Производят ручное обследование полости матки, извлекая обрывки оболочек, свертки крови, остатки плацентарной ткани. Затем приступают к зашиванию раны матки. Правильное сопоставление краев раны — одно из главных условий профилактики инфекционных осложнений, прочности рубца, предотвращения разрыва матки при последующих беременностях и родах (рис. 16.11).

После ушивания матки и удаления салфеток из брюшной полости, убедившись в хорошем сокращении матки, после массажа для удаления из ее полости свертков крови осуществляют ревизию брюшной полости (состояние яичников, маточных труб, червеобразного отростка и других органов, доступных для осмотра). Рану передней брюшной стенки зашивают по обычной методике. На операционном столе производят катетеризацию мочевого пузыря.

По окончании операции на 1—2 ч на нижний отдел живота кладут пузырь со льдом. Через 6 ч рекомендуются дыхательная гимнастика, активные движения в постели. Через 1 сут больная может встать, через 2 сут ходить. Проводят профилактику пареза кишечника и послеоперационной пневмонии, мероприятия по улучшению сокращения матки. Обезболивающие средства назначают в течение 2 сут после операции, трансфузионно-инфузионную терапию по показаниям.

16.11.5. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ СЕКМЕНТЕ МАТКИ БЕЗ ИЗОЛЯЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Показания к кесареву сечению в нижнем сегменте матки по существу ничем не отличаются от таковых при корпоральном кесаревом сечении, однако в связи с рядом преимуществ операции, лучших ближайших и отдаленных результатов в настоящее время отдают предпочтение этой методике. Преимущества операции состоят в: 1) уменьшении операционной травмы; 2) лучшей перитонизации, что предупреждает образование спаек; 3) меньшей опасности инфицирования брюшной полости и гипотонического кровотечения; 4) лучше и более прочном формировании рубца на маточной стенке и, следовательно, меньшей частоте разрыва матки при следующей беременности; 5) раннем вставании (к концу 1-х суток после операции), а следовательно, профилактике тромбоэмболии и пневмонии; 6) большей частоте родоразрешения через естественные пути при последующей беременности.

Противопоказания к кесареву сечению в нижнем маточном сегменте: 1) спаечный процесс в малом тазе и плохая доступность нижнего сегмента матки; 2) неполноценный рубец на матке; 3) угрожающий разрыв матки; 4) необходимость удаления матки после извлечения плода в связи с раком шейки матки, множественной миомой, опухолью яичника; 5) варикозное расширение вен в области нижнего сегмента; 6) аномалия развития матки; 7) признаки острого живота; 8) родоразрешение в случае смерти матери; 9) отсутствие врача, владеющего техникой операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки.

Условия проведения операции и предоперационная подготовка те же, что и при корпоральном кесаревом сечении.

Техника операции. Переднюю брюшную стенку вскрывают поперечным разрезом (по Пфанненштилю). Разрез по надлобковой складке имеет длину 15—16 см и дугообразную форму. Апоневроз также рассекают дугообразным разрезом, расположенным на 5—6 см выше лона и на 3—4 см выше разреза кожи, после чего пальцами и тупфером его отслаивают от прямых и косых мышц живота вниз до лона и вверх до пупочного кольца. Отсепарированный апоневроз полукруглыми зеркалами отодвигают в сторону лона и пупка. Прямые мышцы живота пальцами разъединяют в продольном направлении. Париеталь-

ную брюшину рассекают также продольным разрезом от пупочного кольца до мочевого пузыря с предосторожностями, учитывая его высокое стояние при беременности.

Брюшную полость изолируют марлевыми салфетками. Операционную рану раздвигают с помощью зеркал.

По вскрытии брюшной полости определяют границу мочевого пузыря. На 2—3 см выше него пузырно-маточную складку в месте ее наибольшей подвижности захватывают пинцетом, приподнимают и вскрывают ножницами в поперечном направлении на протяжении 1—1,5 см, не доходя до места прикрепления круглых маточных связок (рис. 16.12). Мобилизацию мочевого пузыря осуществляют путем отделения его с помощью тупфера от нижнего сегмента матки не более чем на 5—6 см. Если хирург попал «в слой», то отделение мочевого пузыря происходит очень легко и бескровно в связи с рыхлостью околоматочной и околопузырной клетчатки. Нижний лоскут брюшины (нижний край пузырно-маточной складки брюшины) вместе с оттянутым мочевым пузырем отодвигают вниз и прикрывают широким ложкообразным зеркалом.

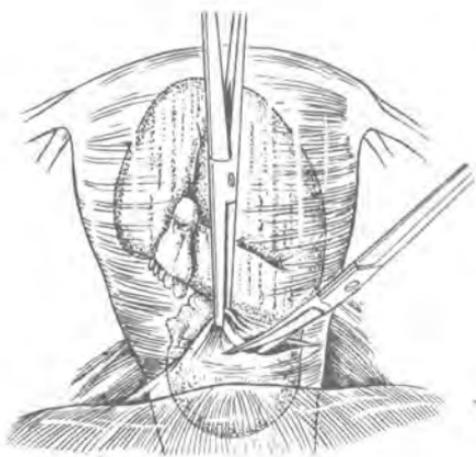
Разрез нижнего сегмента матки должен соответствовать наибольшему диаметру головки плода (в поперечном направлении), что значительно облегчает выведение ее. Несоблюдение этого правила приводит к травме плода, разрыву матки или вынужденному дополнительному Т-образному разрезу матки.

Нижний сегмент матки рассекают скальпелем в поперечном направлении на протяжении 2,5—3 см. Во время беременности толщина нижнего маточного сегмента составляет в среднем 0,5 см, во время родов он истончается до 22 мм и менее. При вскрытии матки необходимо соблюдать осторожность, чтобы не поранить подлежащую часть плода. В сделанное отверстие вводят указательные пальцы обеих рук, тупым путем расширяя рану в перешейке матки до крайних точек периферии головки плода, что соответствует ее наибольшему диаметру и составляет 10—12 см (модификация Гусакова). При малой податливости циркулярных мышечных волокон нижнего сегмента не следует прилагать большие усилия, чтобы не повредить сосудистые пучки. В этом случае необходимо увеличить ширину отверстия путем рассечения тканей с обеих сторон ножницами на 1—1,5 см, направляя концы разреза вверх.

При крупном плоде нижний сегмент матки можно вскрыть дугообразным разрезом. Вначале скальпелем проводят разрез длиной 2,5—3 см через все слои стенки матки, затем вправо и влево от средней линии ножницами продлевают разрез дугообразно вверх до нужной величины.

Плодный пузырь, если он не был вскрыт при разрезе стенки матки, вскрывают скальпелем, оболочки разводят пальцами. При предлежании в рану плаценты ее рассекают или пробуравливают пальцами. Ребенка извлекают и рукой удаляют плаценту.

В случае затруднений при выведении головки плода из поло-



1



2



3



4



5

сти матки можно прибегнуть к помощи акушерских щипцов. При высокостоящей головке используют щипцы Симпсона, при низкостоящей — прямые щипцы Киллянда. Однако при строгом соблюдении уровня вскрытия нижнего сегмента матки (по наибольшему диаметру головки плода) необходимость в наложении акушерских щипцов отпадает.

При тазовом предлежании плод извлекают за ножку, обращенную кпереди. При поперечном положении производят поворот плода за «переднюю» ножку и его извлечение. Головку выводят приемом, подобным способу Морисо — Левре при тазовом предлежании. Выведение головки потягиванием за туловище недопустимо из-за опасности тяжелой травмы спинного мозга. В стенку матки вводят 0,5—1 мл раствора метилэргометрина, одновременно внутривенно вводят окситоцин. На левый и правый углы разреза, отступя от последнего 1 см, через все слои матки накладывают провизорные узловые кетгутовые швы-держалки или зажимы Микулича, легкое натягивание которых способствует

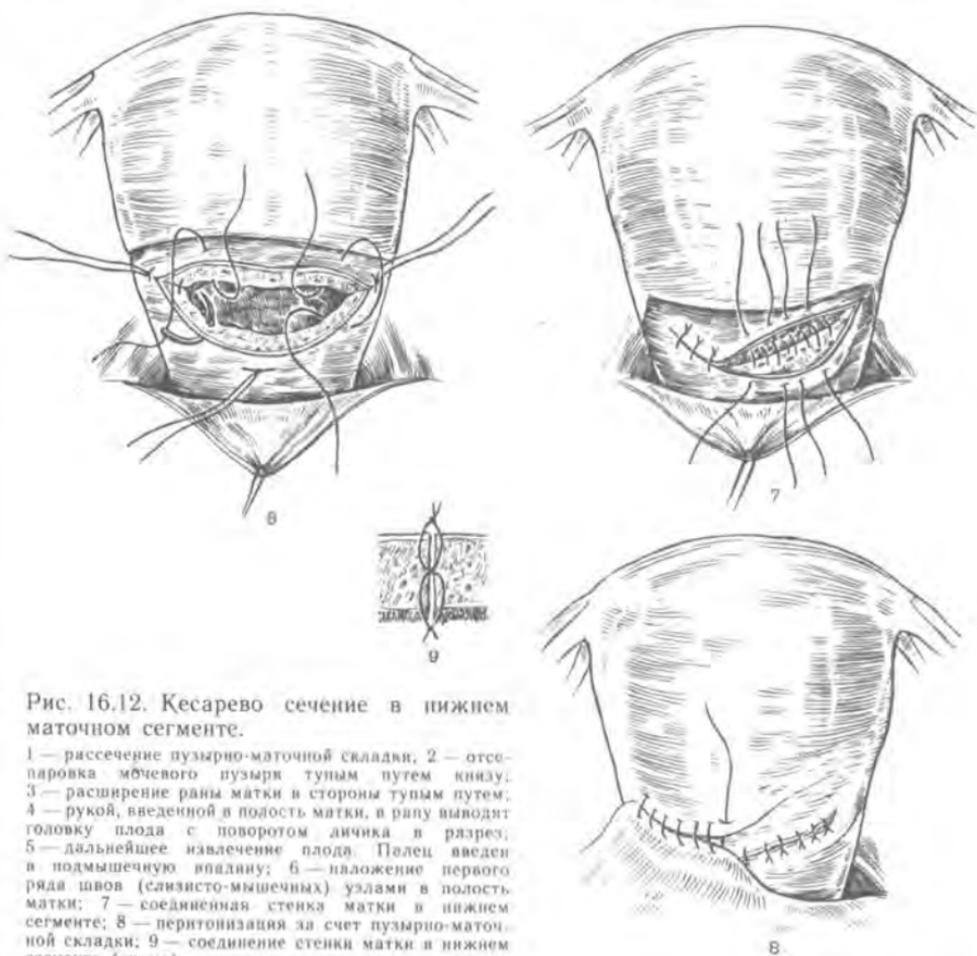


Рис. 16.12. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

1 — рассечение пузырно-маточной складки; 2 — отсепаровка мочевого пузыря тупым путем книзу; 3 — расширение раны матки в стороны тупым путем; 4 — рукой, введенной в полость матки, в рану выводят головку плода с поворотом дички в разрез; 5 — дальнейшее извлечение плода. Палец введен в подмышечную впадину; 6 — наложение первого ряда швов (слизисто-мышечных) узлами в полость матки; 7 — соединяющая стенка матки в нижнем сегменте; 8 — перитонизация за счет пузырно-маточной складки; 9 — соединение стенки матки и нижнем сегменте (схема).

уменьшению кровопотери и сближению краев раны. Послед удаляют рукой. Наложение швов на стенку матки аналогично такому при корпоральном кесаревом сечении.

Края разреза нижнего сегмента матки имеют неодинаковую толщину: сократившийся верхний край более толстый (1—1,5 см), нижний край более тонкий (0,5—1 см), на 1—2 см длиннее верхнего. В связи с этим при наложении швов может возникнуть необходимость сопоставления друг с другом краев разреза во избежание избытка ткани у нижнего лоскута и наложения швов в косом направлении. Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом двумя листками брюшины пузырно-маточной складки таким образом, что линия перитонизации не совпадает с линией шва нижнего сегмента и находится выше его. После удаления защитных салфеток, убедившись в хорошем сокращении матки после ее массажа, приступают к осмотру придатков с обеих сторон и послойному зашиванию раны передней брюшной стенки. Накладывают непрерывный внутрикожный шов кетгутом. К концу 1-х суток после операции женщина может встать.

Кесарево сечение можно выполнять и при продольном рассечении нижнего сегмента, однако этот разрез менее целесообразен, так как пересекаются мышечные волокна, располагающиеся в нижнем сегменте в косом и циркулярном направлении, требуются значительная отсепаровка пузырно-маточной складки, низкая отслойка мочевого пузыря, что может сопровождаться кровотечением из венозных сплетений и повреждением мочевого пузыря при извлечении головки плода.

16.11.6. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ МАТКИ С ВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Показания: абдоминальное родоразрешение у женщин групп повышенного риска развития послеоперационных инфекционных осложнений. Условия и предоперационная подготовка соответствуют таковым при корпоральном кесаревом сечении. Приводим описание операции в модификации, предложенной В. А. Покровским (1937) и В. П. Марковой (1969).

Техника операции. После вскрытия брюшной стенки поперечным надлобковым разрезом до брюшины в нижнем отделе раны участок париетальной брюшины тупо (пальцами) отсепаровывают от брюшной стенки. Париетальную брюшину вскрывают в поперечном направлении на 2 см выше дна мочевого пузыря в непосредственной близости от перешейка матки. В брюшную полость вводят широкое надлобковое зеркало. Пузырно-маточную складку инфильтруют раствором новокаина и вскрывают в поперечном направлении на 1 см выше края мочевого пузыря, после чего тупым путем, тупфером и браншами сложенных ножниц отслаивают вверх и вниз, обнажая нижний сегмент матки на ширину 5—6 см. Затем верхний листок парие-

тальной брюшины скрепляют зажимами с верхним листком пузырно-маточной складки, обеспечивая временную изоляцию нижнего сегмента матки от вышележащих отделов брюшной полости. Скрепленный с париетальной брюшиной листок пузырно-маточной складки вместе с мочевым пузырем оттягивают вниз широким ложкообразным зеркалом. Далее операцию выполняют по описанной выше методике.

Учитывая, что операция производится у беременных и рожениц групп повышенного риска, в отношении развития инфекционных осложнений целесообразно во время вмешательства или тотчас после него начать 48—72-часовой профилактический курс антибиотикотерапии, аспирационно-промывное дренирование по показаниям.

16.11.7. ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Операцию выполняют при опасности возникновения в дальнейшем гнойно-септических осложнений.

Экстраперитонеальное кесарево сечение имеет ряд преимуществ перед интраперитонеальным: 1) уменьшение длительности операции, величины кровопотери; 2) отсутствие возможности спаек и сращений в брюшной полости; 3) профилактика перитонита; 4) ограничение возможных послеоперационных инфекционных осложнений. При нагноении околоматочной или околопузырной клетчатки легкий доступ для опорожнения гнойника; 5) большая гарантия образования полноценного рубца на матке [Морозов Е. Н., 1974; Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М., 1978; Жмакин К. Н. и др., 1983].

Однако операция с внебрюшинным доступом технически более сложна, а потому малодоступна широкому кругу акушеров-гинекологов. Кроме того, экстраперитонеальное кесарево сечение легче осуществлять в родах при хорошо сформировавшемся нижнематочном сегменте.

Существует несколько модификаций внебрюшинного кесарева сечения. В Советском Союзе его производят в модификации, разработанной Е. Н. Морозовым (1974).

Техника операции. До извлечения плода женщина находится в положении Тренделенбурга. Кожу, подкожную жировую клетчатку и апоневроз вскрывают поперечным разрезом (по Пфанненштилю) длиной 15—16 см по надлобковой складке. На края разреза апоневроза накладывают зажимы, затем тупым и острым путем отделяют его от подлежащих мышц вниз до лона и вверх до пупка. Прямые мышцы живота разделяют тупым, пирамидальные — острым путем. Правую прямую мышцу отслаивают от предбрюшинной клетчатки и зеркалом отводят латерально. Обнажают правую боковую поверхность матки и пузырно-маточную складку брюшины. Тупо расслаивают предбрюшинную клетчатку и обнажают треугольник, ограниченный сверху складкой париетальной брюшины, снаружи — правым ребром матки, с

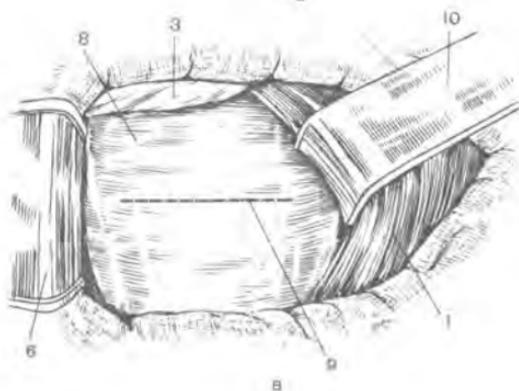
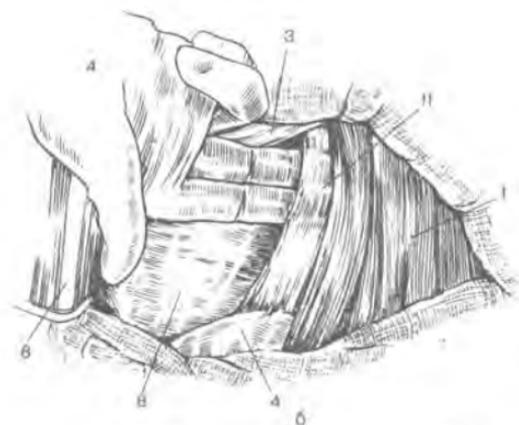
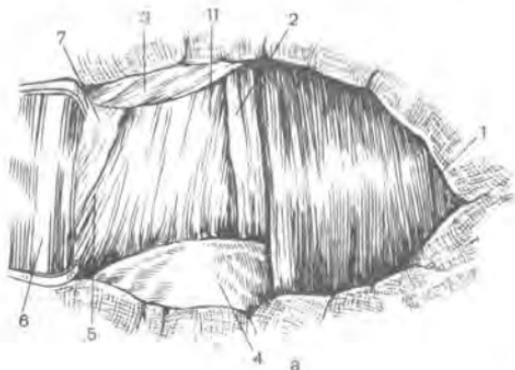


Рис. 16.13. Экстраперитонеальное кесарево сечение в модификации Морозова (ретровезикальное).

а — обнажение ретровезикального треугольника; б — отведение пузырно-маточной складки для обнажения нижнего сегмента; в — нижний сегмент матки обнажен; 1 — прямая мышца живота, 2 — срединная пупочная связка, 3 — складка брюшины, 4 — мочевой пузырь, 5 — боковая пупочная связка, 6 и 10 — зеркала, 7 — ретровезикальный треугольник, 8 — нижний сегмент матки, 9 — линия разреза нижнего сегмента матки, 11 — пузырно-маточная складка.

внутренней стороны боковой пупочной связкой (рис. 16.13). В области треугольника пальцами расслаивают клетчатку, затем отсепаровывают «мост» между пузырно-маточной складкой и верхушкой мочевого пузыря до противоположной (левой) боковой поверхности матки, обнажая нижний сегмент матки. Отступая на 2 см ниже складки брюшины, производят поперечный разрез нижнего сегмента тела матки длиной 2,5—3 см. Края раны указательными пальцами тупо разводят в стороны до крайних точек головки плода.

Перед извлечением ребенка правое боковое зеркало удаляют. Зеркало, удерживающее пузырно-маточную складку с верхушкой мочевого пузыря, оставляют на месте для наилучшего доступа к нижнему сегменту.

Левую руку подводят под головку плода, вывихивая ее в операционную рану. Затем за подмышечные впадины извлекают плод. При тазовом предлежании извлечение производят за паховые сгибы или ножку. Пуповину пересекают между двумя зажимами. В дальнейшем проводят те же мероприятия, что и при операциях, выполненных по другим методикам.

Перед восстановлением целостности операционной раны убеждаются в хоро-

шем сокращении матки, целости брюшины и мочевого пузыря. При их повреждении восстанавливают их целость наложением узловых кетгутовых швов. Пузырно-маточную складку укладывают в исходное положение. Рану передней брюшной стенки послойно зашивают наглухо. Накладывают внутрикожный шов кетгутом.

Разрешается раннее вставание — через 8—10 ч после операции.

16.11.8. ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Показания: необходимость быстрого одномоментного бережного родоразрешения у беременных во II триместре с тяжелой экстрагенитальной патологией (тяжелые формы туберкулеза, пороки сердца, бронхиальная астма, сахарный диабет и др.) и осложнениями беременности (поздний токсикоз).

Противопоказания: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Условиями, необходимыми для выполнения операции, являются: 1) срок беременности до 25 нед; 2) неподготовленные для родоразрешения родовые пути; 3) наличие опытного врача, владеющего методами влагалищных операций.

Техника операции в модификации Лейбчика и Гендона. После обработки и изоляции операционного поля влагалищную часть шейки матки обнажают в зеркалах. После обработки слизистой оболочки влагалища этиловым спиртом и 0,5 % спиртовым раствором йода переднюю и заднюю губы маточного зева захватывают щипцами Мюзо. Шейку матки подтягивают ко входу во влагалище. Шеечный канал расширяют, пользуясь расширителями Гегара, в зависимости от срока беременности (при необходимости до № 18). Расширитель или металлический шпатель оставляют в канале шейки матки для ориентира на последующих этапах операции. Отступая 2—2,5 см от наружного зева, скальпелем рассекают слизистую оболочку передней стенки влагалища полулунным разрезом выпуклостью книзу, длиной 5—6 см. Края лоскута захватывают зажимами Кохера, после чего частично тупым, частично острым путем (изогнутыми ножницами, острие которых должно быть обращено в сторону шейки матки) отслаивают от шейки матки вверх вместе со стенкой мочевого пузыря до переходной складки брюшины (пузырно-маточное углубление брюшины). При отслойке лоскута следует придерживаться рыхлой соединительной ткани (клетчатки) между ним и шейкой матки во избежание повреждения стенки мочевого пузыря. Мочевой пузырь следует отсепаровывать от шейки матки не только по средней линии, но и на 1 см в обе стороны. Отслоенный мочевой пузырь подъемником отводят кпереди, в сторону наружного отверстия уретры.

По средней линии скальпелем рассекают переднюю стенку шейки матки по ранее введенному в канал шейки расширителю Гегара или металлическому шпателю. Разрез делают длиной

2,5—3 см, не доходя 2 см до наружного зева. Расширитель Гегара или шпатель извлекают, на верхние края разреза через всю толщину шейки матки накладывают провизорные кетгутовые лигатуры. После снятия щипцов Мюзо с шейки матки подтягивают на себя лигатуры и тупоконечными ножницами продолжают разрез вверх на 3—3,5 см за пределы внутреннего зева. На верхний угол раны вновь накладывают провизорные кетгутовые лигатуры.

Из влагалища удаляют зеркало и подъемник. В образованный разрез вводят указательный и средний пальцы правой руки, разрывают ими плодный пузырь и, захватив ножку, извлекают плод. При сроке беременности более 20 нед головку плода после введения подъемника во влагалище перфорируют остроконечными ножницами. Перфорационное отверстие расширяют с помощью этих же ножниц. Содержимое головки удаляют поворотом ножниц или кюреткой, после чего головка легко выводится из раны матки.

При головном предлежании плода и затруднении поворота за ножку головку захватывают двумя щипцами Мюзо, подтягивают к ране и рассекают кожу головки остроконечными ножницами, после чего перфорируют и кюреткой удаляют мозг. Головка спадается, и ее извлекают потягиванием за щипцы вместе с туловищем. В толщу шейки матки вводят 0,5 мл раствора метилэргометрина.

При сроке беременности 20 нед и более послед удаляют потягиванием за пуповину, при меньшем сроке беременности инструментально. Свертки крови, обрывки оболочек и плацентарной ткани удаляют тупой кюреткой больших размеров через операционную рану, под контролем руки, положенной на дно матки через брюшную стенку.

Влагалище и шейку матки вновь обнажают в зеркалах, мочевого пузыря подъемником отводят вверх. Боковые края шейки матки захватывают пулевыми щипцами. На верхний угол раны накладывают узловый кетгутовый шов на 0,3 см выше края разреза, после чего восстанавливают целостность нижнего отдела матки и шейки сверху вниз. Мочу выводят с помощью катетера до наложения швов на переднюю стенку влагалища для определения целостности мочевого пузыря. Откинутый вверх лоскут влагалищной стенки и мочевого пузыря помещают на прежнее место, после чего разрез стенки влагалища зашивают также узловыми кетгутовыми швами, начиная от середины разреза передней стенки влагалища.

По окончании операции на 1,5—2 ч на нижний отдел живота накладывают пузырь со льдом. Терапия в послеоперационном периоде зависит от вида патологии, явившейся показанием для прерывания беременности. В отсутствие противопоказаний к активным движениям вставание и ходьба разрешаются через 8—10 ч. В 1-е сутки после операции начинают мероприятия, направленные на подавление лактации.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Больные со злокачественными опухолями половых органов должны лечиться в специализированных онкологических стационарах. Однако нередко возникает ситуация, когда больную направляют в гинекологический стационар с диагнозом доброкачественного новообразования, а затем выявляется истинный характер опухоли. После операции больная должна быть переведена для проведения специфического лечения.

При изложении материала в этой главе мы руководствовались сборником официальных указаний по организации онкологической помощи (Медицина, 1985). Приведенные здесь заболевания классифицированы по системе TNM и по стадиям распространения процесса.

Описанию злокачественной опухоли каждого органа предпослана классификация TNM. Это клиническая классификация, разработанная специальным комитетом Международного противоракового союза. Последняя ее редакция была осуществлена в 1978 г. Классификация основана на клинически определяемой анатомической распространенности процесса.

T — распространение первичной опухоли.

N — состояние регионарных лимфатических узлов.

M — наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

К этим трем компонентам добавляются цифры, указывающие на распространенность злокачественного процесса.

В соответствии с клинической классификацией TNM заболевание оценивают до лечения. После хирургического вмешательства и гистологического исследования препарата вносят соответствующие дополнения в определение стадии распространения процесса.

17.1. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Различают опухоли внутренней оболочки канала шейки матки (эндоцервикс) и наружной его части (экзоцервикс).

Регионарными лимфатическими узлами являются парааортальные внутренние подвздошные (обтураторные), наружные подвздошные, общие подвздошные и пресакральные, юкстарегинарными — парааортальные лимфатические узлы.

17.1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по системе TNM

T — первичная опухоль:

Tis — преинвазивная карцинома (карцинома in situ).

T0 — первичная опухоль не определяется.

T1 — карцинома ограничена шейкой матки (распространение на тело не принимается во внимание).

- T1a — микронинвазивная карцинома (случаи, которые могут быть распознаны только гистологически).
- T1b — инвазивная карцинома.
- T2 — карцинома распространяется за пределы шейки матки, но не достигает стенок таза и (или) карцинома переходит на влагалище до уровня его нижней трети.
- T2a — карцинома не инфильтрирует параметрий.
- T2b — карцинома инфильтрует параметрий.
- T3 — карцинома захватывает нижнюю треть влагалища и (или) распространяется до стенок таза (нет свободного пространства между опухолью и стеной таза).
- T3a — карцинома захватывает нижнюю треть влагалища.
- T3b — карцинома распространяется до стенок таза и (или) вызывает гидронефроз или отсутствие функции почки вследствие сдавления мочеточника опухолью.
- T4 — карцинома вовлекает в процесс слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) распространяется за пределы малого таза.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- N — регионарные и юкстарегинарные лимфатические узлы:
 - N0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.
 - N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.
 - N4 — имеются метастазы в юкстарегинарных лимфатических узлах.
- Nx — недостаточно данных для оценки регионарных и (или) юкстарегинарных лимфатических узлов.
- M — отдаленные метастазы:
 - M0 — нет признаков отдаленных метастазов.
 - M1 — имеются отдаленные метастазы.
 - Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Рак шейки матки развивается из плоского многослойного эпителия влагалищной ее части или из железистого эпителия слизистой оболочки цервикального канала.

Различают инфильтрирующий эндофитный рост опухоли или разрастание ее наружу в просвет влагалища — экзофитный рост. При этом опухоль по виду напоминает цветную капусту. Часто имеют место смешанные формы опухоли.

При наличии рака шейки матки появляются бели, сукровичные (в виде «мясных помоев»), ациклические кровянистые выделения, контактные кровянистые выделения.

Рак шейки матки чаще развивается у женщин в возрасте 40 лет и старше, однако опухоль может возникнуть и в более молодом возрасте.

Благоприятные условия для развития злокачественной опухоли создает ряд патологических процессов шейки матки: травма шейки матки в родах и вследствие этого деформация ее и рубцы, эктропион, длительно существующие эрозии, простые формы лейкоплакии, т. е. фоновые процессы.

В начальных стадиях при осмотре в зеркалах рак можно не диагностировать без кольпоскопического и цитологического исследования шейки матки. При дальнейшем развитии заболевания уже при осмотре в зеркалах можно увидеть кратерообразную язву при эндофитной форме опухоли или, как сказано выше, разрастания, напоминающие цветную капусту, при экзофитной форме рака. При влагалищном исследовании в начальных стадиях

заболевания матка подвижна, параметров свободен. При далеко зашедшем процессе определяются инфильтраты в параметрии, ограниченная подвижность матки. При прорастании опухоли в окружающие ткани появляются боли внизу живота и в поясничной области.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза, гинекологического осмотра с ректовагинальным исследованием, кольпоскопии, цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки, биопсии шейки, отдельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки и полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Распространение опухоли уточняют дополнительными методами: цистоскопией, ректоскопией, радиоизотопной и рентгеноконтрастной лимфографией, изотопной ренографией, экскреторной урографией.

Классификация по стадиям распространения (FIGO)

- Преневрозивная карцинома (карцинома *in situ*, внутриэпителиальный рак).
- Ia стадия — опухоль, ограниченная шейкой матки, с инвазией в строуму не более 0,3 см (диаметр опухоли не должен превышать 1 см).
- Iб стадия — опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 0,3 см. Регионарные метастазы отсутствуют.
- IIa стадия — опухоль распространяется за пределы шейки матки, инфильтрует влагалище в пределах верхних двух третей и (или) распространяется на тело матки. Регионарные метастазы не определяются.
- IIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с инфильтрацией клетчатки с одной или обеих сторон, не доходящей до стенок таза. Регионарные метастазы не определяются.
- IIIa стадия — опухоль распространяется на нижнюю треть влагалища и (или) имеются метастазы в придатках матки. Регионарные метастазы не определяются.
- IIIб стадия — опухоль распространяется на параметральную клетчатку с одной или обеих сторон до стенок таза и (или) имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах. Определяется гидронефроз или нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника.
- IVa стадия — опухоль прорастает мочевой пузырь и (или) прямую кишку. Регионарные метастазы не определяются.
- IVб стадия — опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами лимфогенного метастазирования или опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

17.1.2. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от стадии распространения процесса. Лучевая и химиотерапия должны проводиться только в онкологических гинекологических стационарах, где индивидуально подбирают дозы в зависимости от состояния женщины и гистологического строения опухоли.

При преневрозивной карциноме, расположенной на ограниченном участке шейки матки, у женщин моложе 50 лет допустима лазерная, электро- или ножевая конусовидная эксцизия (конизация) шейки матки. В случаях большего распространения по по-

верхности шейки и (или) в канале шейки матки, а также у больных старше 50 лет при любой степени распространения предпочтительна экстирпация матки с придатками. У женщин репродуктивного возраста допустимо сохранение придатков матки. При общих противопоказаниях к операции проводят внутриполостную гамма-терапию.

В Ia стадии лечение хирургическое — расширенная экстирпация матки с верхней третью влагалища. У женщин репродуктивного возраста допустимо оставление придатков матки. При противопоказаниях к операции возможна внутриполостная гамма-терапия.

В Ib стадии лечение хирургическое — расширенная экстирпация матки, комбинированное или сочетанное лучевое. Хирургическое лечение предпочтительно у женщин моложе 50 лет при сопутствующих осумкованных воспалительных образованиях в области придатков матки, опухолях придатков матки, миоме, беременности, а также при лимфографических признаках метастазов в регионарных лимфатических узлах таза.

Если при гистологическом исследовании операционного препарата выявляется инвазия опухоли на глубину менее 10 мм и нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, то можно ограничиться только хирургическим лечением.

Возможно комбинированное лечение: предоперационное облучение, расширенная экстирпация матки с придатками (операция Вертгейма) и послеоперационное равномерное облучение малого таза.

Сочетанное лучевое лечение состоит из дистанционной и внутриполостной гамма-терапии.

Во IIa и IIб стадиях лечение преимущественно сочетанное лучевое и комбинированное. Сочетанную лучевую терапию проводят так же, как в Ib стадии, но с увеличением суммарных очаговых доз. В отсутствие уверенности в излечении после окончания сочетанной лучевой терапии в некоторых случаях допустимо хирургическое лечение по индивидуальному плану (расширенная экстирпация матки с придатками или регионарная лимфаденэктомия). Комбинированное лечение предпочтительно при лимфографических признаках регионарных метастазов и при сопутствующих заболеваниях внутренних гениталий. Вначале проводят лучевую терапию, а затем расширенную экстирпацию матки.

В IIIa и IIIб стадиях, как правило, проводят сочетанное лучевое лечение.

Критерием окончания лучевого лечения (в I, II и III стадиях) являются клиническая регрессия опухоли и инфильтратов, цитологический контроль и реакция на облучение тазовых органов.

При опухолях, ограниченных шейкой матки и сводами влагалища и (или) распространяющихся на тело матки (особенно при железистых формах рака), с наличием смещаемых регионарных метастазов и (или) поражении придатков матки (стадия IIIб) до-

пустимо комбинированное лечение: предоперационная сочетанная лучевая терапия и расширенная экстирпация матки с придатками.

В IV стадии оправданна попытка паллиативной дистанционной гамма-терапии или химиотерапия.

Симптоматическое лечение — лечение рецидивов и метастазов. При рецидивах, особенно после хирургического лечения, возможны различные варианты лучевой терапии по индивидуальному плану. При рецидивах после лучевой терапии иногда (при маточном варианте) оправдано хирургическое лечение. Лечение метастазов во влагалище осуществляют с помощью внутрисполостной гамма-терапии. При отдаленных метастазах применяют химиотерапию, симптоматическое лечение.

17.1.2.1. Расширенная экстирпация матки с придатками (операция Вертгейма)

Расширенная экстирпация матки с удалением регионарных лимфатических сосудов и узлов, а также тазовой клетчатки относится к наиболее сложным гинекологическим операциям. Смысл указанной операции заключается в удалении первичного очага поражения и регионарных лимфатических узлов.

Необходимость радикального удаления лимфатических сосудов и узлов, находящихся в тесной взаимосвязи с крупными тазовыми сосудами, располагающихся фактически на стенках последних, во многом обуславливает технические сложности операции. Кроме того, в процессе проведения расширенной экстирпации возникает необходимость манипулировать на таких органах, как мочевого пузырь, мочеточники, нервные стволы и др.

В процессе операции могут возникнуть серьезные осложнения, к которым в первую очередь относятся массивные кровотечения, ранения мочевыводящих путей, нарушение трофики последних, что создает благоприятные условия для возникновения свищей в послеоперационном периоде. При недостаточной радикальности операции увеличивается количество рецидивов заболевания, ухудшаются прогноз и выживаемость больных, что сводит операцию, как справедливо отмечает сам E. Wertheim, к необоснованной и неоправданной травме, укорачивающей жизнь больных.

Проведение расширенной экстирпации матки показано в Ia и Ib стадиях заболевания. В некоторых случаях, как сказано выше, допустима операция во IIa и Ib стадиях.

Только хирургическое лечение без комбинации его с лучевой терапией следует производить: 1) больным с формами рака, нечувствительными к лучевой терапии; 2) в отсутствие технической возможности проведения лучевой терапии (уродства развития: атрезии, аплазии влагалища, стенозы); 3) при раке шейки матки, сопровождающемся лейкопенией, лимфоцитопенией; 4) при психических заболеваниях, препятствующих проведению лучевой терапии.

Лучевая терапия до операции позволяет значительно снизить биологическую потенцию опухолевых клеток к метастазированию и их имплантационную способность, что уменьшает опасность их диссеминации во время последующего хирургического вмешательства.

Проведение дооперационной лучевой терапии значительно затрудняет процесс хирургического вмешательства в связи с тем, что отмечаются выраженная потеря эластичности сосудов, их ломкость и связанная с этим высокая кровоточивость, значительная кровопотеря во время операции, существенно превышающая таковую у больных, не получавших до операции облучение. Кроме того, репаративные процессы, трофика тканей у оперированных с предоперационным облучением заметно нарушаются, что ведет к более длительному и более тяжелому послеоперационному течению.

Противопоказания к расширенной экстирпации матки:

1) рак шейки матки III и IV стадии распространения согласно классификации; 2) декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем; 3) тяжелые формы заболевания эндокринной и мочевой систем; 4) острые, подострые воспалительные заболевания придатков матки и тазовой клетчатки.

Попытки хирургического лечения рака шейки матки предпринимались еще в прошлом столетии.

Несмотря на достаточно большое число способов хирургического лечения рака шейки матки и их модификаций, практически во всем мире за основополагающую принята операция, разработанная Е. Wertheim. Первая публикация с описанием особенностей операции датируется 1900 г. Автором указана следующая последовательность этапов операции:

1) захватывание матки в области дна абортцангами и поднятие ее вверх;

2) освобождение мочеточника и отсепаровка мочевого пузыря от свода влагалища;

3) перевязка и пересечение круглых, воронкотазовых и крестцово-маточных связок;

4) перевязка маточных артерий и освобождение мочеточника от клетчатки параметрия, после чего мочеточник остается на месте;

5) отделение матки вместе с придатками, связками, клетчаткой параметрия и освобождение сводов влагалища без вскрытия влагалищной трубки;

6) удаление лимфатических узлов, особенно в местах разветвления тазовых сосудов;

7) погружение матки с содержимым в полость малого таза, сшивание брюшины над сосудами, мочеточниками, маткой;

8) зашивание передней брюшной стенки;

9) удаление операционного материала через влагалище.

Описанную операцию, заключающуюся в удалении матки,

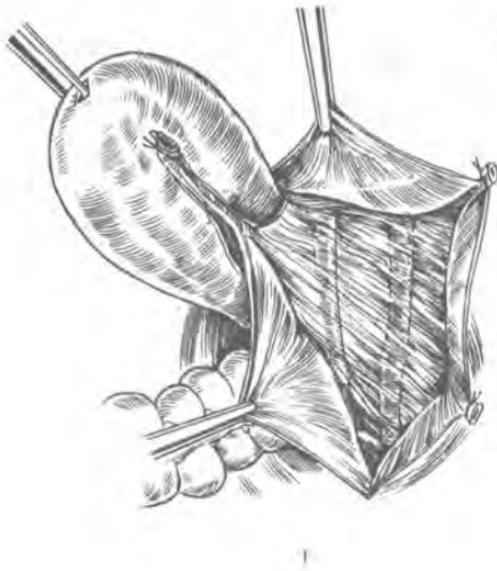
пораженной раковой опухолью, с минимальной опасностью инфицирования раковыми клетками брюшной полости, а также удалении регионарных лимфатических сосудов, узлов и клетчатки малого таза, называют расширенной экстирпацией матки, или операцией Вертгейма, хотя в настоящее время последнюю не всегда выполняют в классическом варианте.

В Советском Союзе совершенствованием различных этапов расширенной экстирпации матки занимались Л. А. Окинчиц, И. Н. Никольский, И. Л. Брауде, А. И. Серебров, Л. Ю. Лурье, С. Е. Добротин и др.

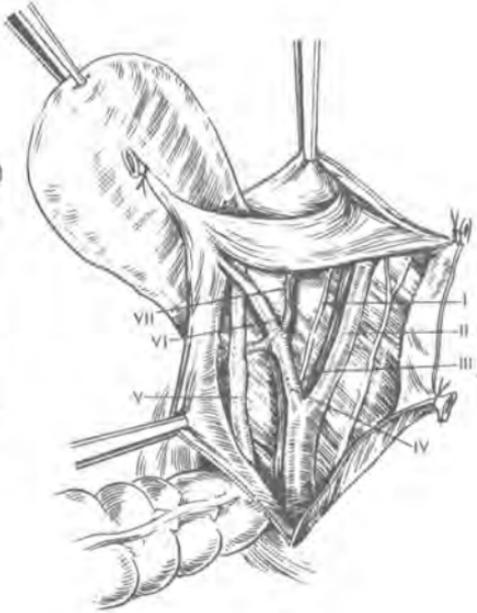
Техника, принципы и этапы расширенной экстирпации матки (рис. 17.1). Влагалище обрабатывают раствором фурацилина, а затем этиловым спиртом. В него вводят сухой марлевый тампон, который извлекают во время операции перед отсечением матки. Мочевой пузырь катетеризируют, оставляя катетер на весь период оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде на 5—7 дней до полного восстановления тонуса мочевого пузыря. Оптимальной следует считать срединную лапаротомию, учитывая необходимость широкого доступа и создания условий для полноценной ревизии брюшной полости. Однако следует отметить, что некоторые хирурги более склонны к чревосечениям поперечным разрезом, в частности по Черни, с пересечением прямых мышц живота.

Изоляцию подкожной жировой клетчатки с целью защиты ее от инфицирования при операции можно проводить по-разному: подшивать края брюшины к простыням, покрывающим кожу, с захватом края кожного разреза или фиксировать брюшину к простыням, покрывающим рану, зажимами типа Микулича или Кохера.

При расширенной экстирпации матки пользуются самодержащимися ранорасширителями, с помощью которых можно широко раскрывать операционное поле. Затем смещают кишечные петли и сальник в верхние отделы брюшной полости, прикрывая их пеленкой или салфетками, увлажненными изотоническим раствором хлорида натрия. После этого тщательно оценивают операционную ситуацию: осматривают внутренние половые органы, производят пальпацию связочного аппарата матки, придатков, параметрия, а также стенок малого таза, мочевого пузыря, прямой кишки. Затем фиксируют матку с помощью длинных зажимов Кохера, накладывая их на широкие связки параллельно ребру матки с захватом круглых связок, собственных связок яичника и маточных труб. Концы зажимов не следует накладывать ниже внутреннего зева. Для широкого вскрытия параметрия створчатый зажим захватывают ампулярный отдел маточной трубы и яичник и приподнимают придатки вверх. При этом натягивается воронкотазовая связка, на которую накладывают зажим Микулича или Кохера. На этом этапе операции необходимо быть осторожным, чтобы не захватить в зажим мочеточник, проходящий чаще всего под воронкотазовой связкой на



1



2



3



4

заднем листке широкой маточной связки. На круглую связку матки накладывают зажим Микулича в средней ее трети, отступя 2—3 см от внутреннего отверстия пахового канала, после чего указанные связки пересекают и лигируют кетгутowymi швами с прошиванием листков брюшины широкой связки у основания пересеченных связок. Аналогично пересекают связки с

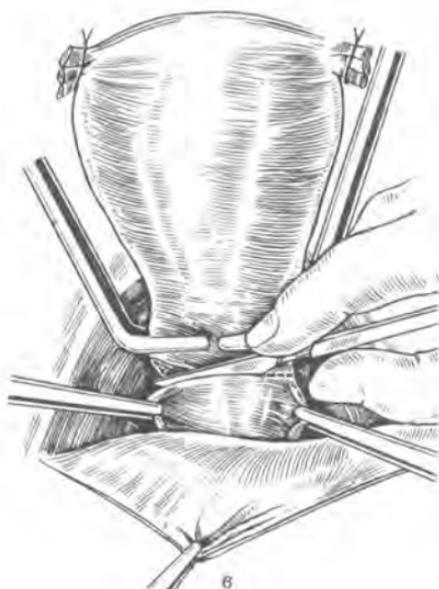
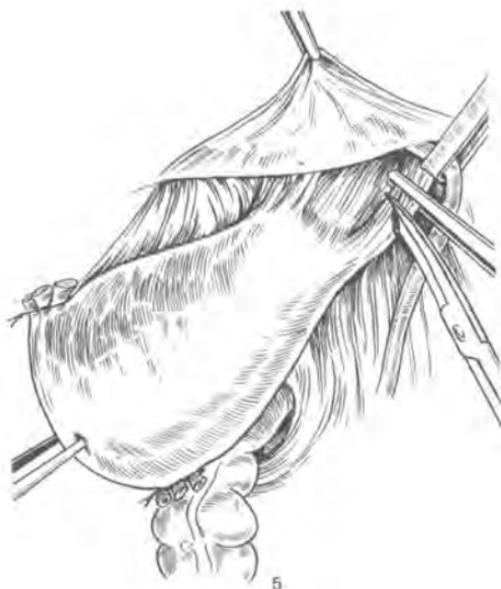


Рис. 17.1. Операция Вертгейма:

1 — придатки матки отсечены. Параметрий справа обнажен. Сквозь его рыхлую клетчатку просвечивает наружная подвздошная артерия, медиальнее ее проходит мочеточник; 2 — клетчатка таза удалена единым блоком с лимфатическими узлами; 3 — запирающий нерв; 4 — наружная подвздошная артерия; 5 — наружная подвздошная вена; 6 — внутренняя подвздошная артерия; 7 — мочеточник; 8 — маточная артерия; 9 — пузырная артерия; 10 — мочеточник выделен и поднят держалкой; 11 — наложение зажимов на крестово-маточные связки и пересечение их; 12 — наложение зажимов на кардинальные связки и паравагинальную клетчатку; 13 — наложение изогнутых зажимов Вертгейма на верхнюю треть влагалища. Ниже боковые стенки влагалища захвачены зажимами. Пунктиром отмечено место отсечения влагалища; 14 — перитонизация с оставлением просвета влагалища открытым.

другой стороны. Широкую связку необходимо рассекать почти до ребра матки и расслаивать ее листки с помощью замкнутых бранш ножниц или пальцами таким образом, чтобы были отчетливо видны передний и задний листки широкой маточной связки.

Затем приступают к вскрытию пузырно-маточной складки, для чего матку отводят кзади и вверх, обнажая пузырно-маточное углубление. Круглые связки матки отводят в стороны, растягивая переходную складку. Ножницами продолжают разрезы переднего листка широкой маточной связки между круглыми связками по переходной складке, предварительно тоннелируя предпузырную клетчатку замкнутыми ножницами, вогнутостью направленными в сторону матки в поперечном направлении. После рассечения пузырно-маточной складки острым путем отсепа-

вызывают мочевого пузыря от шейки матки, стремясь сделать это ближе к стенке мочевого пузыря. Для обнажения подвздошных сосудов и удаления лимфатических узлов необходимо широко раскрыть параметрий. Для этого тупферами или лучше пальцами, введенными между листками широкой маточной связки, последние раздвигаются по направлению к стенкам таза и основанию маточной связки. Раскрыть параметрий надо настолько, чтобы было видно место деления общей подвздошной артерии. Для удобства в параметрий вводят зеркала. Матку оттягивают в сторону, противоположную обнаженному параметрию.

Острым путем удаляют рыхлую клетчатку у основания широкой связки в направлении кпереди к переднебоковым отделам нижней поверхности мочевого пузыря и запирающей ямке.

Следующий этап операции — удаление тазовой клетчатки с наружной подвздошной артерии. Для удаления лимфатических узлов и сосудов с наружной подвздошной артерии пинцетом поднимают фасцию, покрывающую наружную поверхность артерии, и рассекают ее в продольном направлении по всей длине (обязательно по направлению сверху вниз, иначе нарушается целостность мелких сосудов, снабжающих фасцию, и начинается кровотечение). Затем внутренний пласт фасции отделяют от артерии с помощью замкнутых ножниц, причем надо удалить фасциальный покров не менее чем с $\frac{2}{3}$ общей подвздошной и наружной подвздошной артерий до места вхождения последней под паховую связку.

Затем удаляют фасциальный покров с одноименной вены, проходящей под наружной подвздошной артерией. Необходимо помнить, что наружная подвздошная вена довольно тонкостенная и травма ее сопровождается обильным кровотечением, остановка которого представляет определенные трудности. Отсепаровка клетчатки, покрывающей наружную подвздошную вену, при соблюдении осторожности и попадании в «слой» происходит легко. Клетчатку с лимфатическими сосудами и узлами с наружной подвздошной вены так же, как и с наружной подвздошной артерии, необходимо удалять до запирающей ямки, причем в едином блоке с клетчаткой боковой стенки таза. Удаление указанного блока осуществляют по направлению к запирающей ямке.

На этом этапе операции также необходимо соблюдать особую осторожность из-за возможности ранения находящегося здесь запирающего нерва. Последний представляет собой тонкий белесоватый шнур шириной до 0,2 см, прикосновение к которому вызывает подергивание ноги. Повреждение запирающего нерва вызывает выраженные двигательные расстройства в нижней конечности. Отсепаровку клетчатки от внутренней подвздошной вены следует проводить с особой осторожностью, не повреждая целостность ее стенки, так как вена располагается непосредственно на стенке таза, что не дает возможности лигирования, а также прошивания сосуда.

Следующим этапом является выделение мочеточника в нижней его трети. Он располагается ниже терминальной линии, проходит под воронкотазовой связкой, у основания заднего листка широкой маточной связки, затем, отделяясь от последнего, направляется к шейке матки, не доходя до нее на 2—2,5 см. Далее мочеточник перекрещивается с маточными сосудами, располагаясь под ними и проходя под связку Маккенродта, так называемую переднюю стенку канала мочеточника, впадает в мочевой пузырь. Отделение мочеточника от окружающей клетчатки целесообразно начинать с того места, где он отходит от широкой маточной связки. Для этого зажимом приподнимают задний листок широкой маточной связки, матку отводят в противоположную сторону, ножницами осторожно надсекают тонкую фасцию, фиксирующую мочеточник к заднему листку широкой маточной связки, и отделяют последний при помощи ножниц с сомкнутыми браншами, проведенных между мочеточником и листком связки параллельно ходу мочеточника. На этом этапе мочеточник отсепааровывают до места пересечения его с маточными сосудами.

Обнажают область внутренней подвздошной артерии с отходящей от нее маточной артерией. Маточную артерию перевязывают при помощи иглы Дешана (левая игла для перевязки левой маточной артерии, правая — для правой). Подводят шелковую или капроновую лигатуру. После выведения нити и рассечения ее на две части приступают непосредственно к перевязке маточной артерии. Одну лигатуру подводят ближе к внутренней подвздошной артерии у места отхождения маточной артерии, а другую располагают на 1 см от первой, после чего маточную артерию пересекают, лигатуры срезают.

Затем продолжают выделение мочеточника до места впадения его в мочевой пузырь. От места пересечения его с маточными сосудами мочеточник вступает в тоннель, образованный сверху связкой Макенродта, которая обильно васкуляризована и требует перевязки в обязательном порядке. Для этого после дополнительной отсепааровки мочевого пузыря от шейки матки и влагалища путем постепенного тоннелирования подводят зажимы Микулича между верхним слоем макенродтовой связки и мочеточником. Связку рассекают между двумя зажимами и накладывают лигатуры. Таким образом, мочевой пузырь и мочеточник оказываются отсепаарованными от матки и практически ничем не связанными с ней. Необходимо отметить, что глубина отсепааровки мочевого пузыря зависит от конкретных условий, но не менее 3 см.

После окончания указанных этапов операции приступают к отделению прямой кишки. Матку оттягивают кпереди и кверху, в результате чего натягивается брюшина прямокишечно-маточного углубления. Ножницами рассекают брюшину по пограничной линии перехода ее с задней стенки матки на прямую кишку. Одновременно соединяются оба разреза заднего листка широкой маточной связки. Переднюю стенку прямой кишки пальцем от-

слаивают от влагалища. После полного отделения прямой кишки накладывают зажимы на крестцово-маточные связки. Крестцово-маточные связки необходимо отсекают и перевязывают по возможности ближе к их основанию.

После отсечения крестцово-маточных связок матку отводят в сторону и вверх, мочеточник смещают в противоположную сторону. При этом становится хорошо доступной боковая тазово-влагалищная и часть тазово-шеечной связки, которые пересекают между зажимами максимально у стенок таза, одновременно удаляя клетчатку до обнажения влагалищных и нижних сосудов мочевого пузыря.

Таким образом, достигается практически полное освобождение параметрия от клетчатки с оставлением сосудов, лежащих на мышцах тазового дна. На этом этапе операции матка с окружающими тканями отделена от боковых стенок таза и соединяется с последними лишь посредством боковых клетчаточных перемычек. Затем приступают к отсечению влагалища. Для этого удаляют предварительно введенный во влагалище тампон, накладывают зажим Вертгейма на границе верхней и средней трети влагалища, ниже которых накладывают два зажима Микулича на боковые стенки влагалища для предупреждения кровотечения и выскальзывания культи. Влагалище отсекают ниже зажима Вертгейма. Во влагалищную трубку вводят тампон, смоченный этиловым спиртом. Культю влагалища обрабатывают спиртовым раствором йода.

После этого осуществляют гемостаз культи влагалища отдельными кетгутовыми швами. К задней стенке влагалища фиксируют брюшину, покрывающую прямокишечно-маточное углубление, к передней стенке влагалища — брюшину пузырно-маточной складки. Перитонизацию проводят непрерывным кетгутовым швом с погружением культей связок и культи влагалища экстраперитонеально за счет листков широкой маточной связки и брюшины пузырно-маточной складки. Этот способ перитонизации, предложенный И. Л. Брауде, обеспечивает надежный бестампонный дренаж. При этом параметрий свободно сообщается с влагалищной трубкой, через которую происходит отток раневого отделяемого.

Выше описана методика проведения расширенной экстирпации матки, наиболее часто применяемая в настоящее время. Считаем необходимым ознакомить читателя и с другими видами операции, а также с модификациями, касающимися отдельных этапов расширенной экстирпации матки с удалением регионарных тазовых лимфатических узлов, отмечая особенности техники выполнения операции, их достоинства и недостатки.

О п е р а ц и я Б р у н ш в и г а. Автор, проводя расширенную экстирпацию матки с удалением тазовых лимфатических узлов, отдавал предпочтение отсепаровке разных пластов клетчатки в малом тазе тупым путем преимущественно пальцами или диссектором, считая, что при таком способе возможно более радикальное

удаление не только клетчатки, лимфатических узлов, но и лимфатических сосудов.

Отличительной чертой операции Бруншвига является то, что он предлагает во всех случаях пересекать подчревную (внутреннюю подвздошную) артерию. Отсепаровку тканей так же, как и при других модификациях, производят по направлению вниз и медиально к клетчатке широкой маточной связки и мышечно-фасциальным образованиям дна таза. Затем отыскивают мочеточник и освобождают его от клетчатки с латеральной стороны. Мочеточник никогда полностью не очищают от клетчатки во избежание образования свища. Это самый важный момент данной операции, так как у шейки матки, пораженной раком, может остаться клетчатка, покрывающая мочеточник. После мобилизации отсекают половину или даже $\frac{2}{3}$ влагалищной трубки. Автор не рекомендует производить перитонизацию, ограничиваясь по существу только дренированием малого таза марлевыми полосками и резиновыми трубками.

17.1.2.2. Влагалищная расширенная гистерэктомия

Операция имеет множество модификаций. Влагалищная расширенная экстирпация матки переносится больными несколько легче и дает меньший процент осложнений. Тем не менее невозможно создать все условия для полного удаления регионарных лимфатических узлов и клетчатки малого таза. Следовательно, возможность рецидива заболевания в ближайшем послеоперационном периоде остается реальностью, а радикальность операции можно считать сугубо условной. При благоприятных условиях можно дополнить операцию экстраперитонеальным удалением тазовых лимфатических узлов. Проведение радикальной влагалищной экстирпации матки целесообразно у ослабленных больных и при выраженных степенях ожирения, а в некоторых случаях она может быть дополнена трансперитонеальным удалением лимфатических узлов.

После подготовки больной, обработки влагалища антисептическими препаратами (перекись водорода, раствор фурацилина, этиловый спирт, спиртовой раствор йода) целесообразно вначале произвести изоляцию опухоли шейки матки «влагалищной манжеткой». Для этого после обнажения шейки матки производят циркулярный разрез слизистой оболочки влагалища и лежащей под ней фасции, отступя 3—4 см от верхней границы опухоли. Затем преимущественно острым путем слизистую оболочку влагалища отсепаровывают книзу с таким расчетом, чтобы она могла прикрыть пораженную опухолью шейку матки. Слизистую оболочку, как манжету, отгибают над опухолью, на края манжеты накладывают отдельные лигатуры, которые в дальнейшем служат держалкой. После этого для облегчения доступа производят разрез Шухардта.

Подтягивая шейку матки книзу при помощи держалок, выде-

ляют мочевой пузырь. Данный этап операции целесообразно выполнять острым путем, причем мочевой пузырь отделяют сначала от шейки матки по центру, а затем с боков, чтобы отодвинуть нижний отрезок мочеточников. Отсепаровку лучше производить при помощи ножниц, небольшими порциями рассекая плотные соединительнотканые тяжи, фиксирующие мочевой пузырь к шейке матки, особенно с боков в верхних отделах, на уровне, расплавленном ближе к перешейку, так как именно здесь находится мочеточник.

После рассечения соединительнотканых тяжей обнажают петлю мочеточника, образованную в результате перегиба его в месте пересечения с маточными сосудами. Для улучшения доступа к мочеточнику матку оттягивают в противоположную сторону. Захватывают зажимами, пересекают и лигируют кетгутом или капроном пучки маточных сосудов ближе к ребру матки. Следует помнить, что, начиная от места его перегиба и до вхождения в мочевой пузырь, мочеточник располагается в канале, плотно соединенном с околошеечной клетчаткой, который следует рассекать ножницами и при необходимости лигировать кетгутowymi швами.

После отсепаровки мочевого пузыря и высвобождения мочеточников мочевой пузырь смещают вверх с помощью подъемников; при этом обнажается пузырно-маточная складка. Последнюю захватывают зажимом или пинцетом и вскрывают ножницами. Разрез брюшины продолжают ножницами в стороны. Шейку матки оттягивают вверх и впереди для обнажения прямокишечно-маточного кармана. Частично острым (ножницами) и частично тупым (тупферами) путем отсепаровывают прямую кишку до обнажения брюшины прямокишечно-маточного углубления, которую вскрывают и расширяют в обе стороны. Матку отводят вверх и впереди, крестцово-маточные связки пересекают между зажимами и лигируют кетгутowymi швами. После этого матку выводят через переднее кольпотомное отверстие.

Подтягивая окончатymi зажимами придатки матки, обнажают воронкотазовые (подвешивающие) связки яичника, которые пересекают между зажимами и лигируют кетгутом или капроном с пришиванием подлежащих тканей. Аналогично лигируют круглые связки матки с обеих сторон. После этого матку с усилием отводят в сторону, в результате чего обнажается клетчатка противоположной стороны от параректальной до культы подвешивающей связки яичника. Указанную клетчатку необходимо пересекать и по мере пересечения лигировать кетгутом небольшими порциями. Таким образом, производят удаление матки с придатками, а также частично с клетчаткой. Перитонизацию осуществляют отдельными кетгутowymi швами путем соединения переднего и заднего листков брюшины, т. е. описанная операция является фактически влагалищной экстирпацией матки, но несколько более расширенной за счет удаления пласта параметральной клетчатки.

Основными отличительными моментами ведения послеоперационного периода у больных, перенесших расширенную экстирпацию матки, кроме принятых способов интенсивной послеоперационной терапии, направленной на восстановление и поддержание функций жизненно важных органов и систем, следует считать: 1) пребывание постоянного катетера в мочевом пузыре не менее 7 дней. При восстановлении самостоятельного мочеиспускания обязательно определяют количество остаточной мочи, которое не должно превышать 50 мл; 2) в случае необходимости активную аспирацию содержимого из параметрия с помощью дренажей проводят в течение не более 2—3 сут.

Показан комплекс мероприятий, направленных на профилактику гнойно-септических осложнений, в том числе инфекции мочевыводящих путей.

17.2. РАК ТЕЛА МАТКИ

17.2.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по системе TNM

- T — преинвазивная карцинома (карцинома in situ).
- T0 — первичная опухоль не определяется.
- T1 — карцинома ограничена телом матки:
- T1a — полость тела матки размером 8 см или меньше по наибольшему протяжению.
- T1b — тело матки превышает 8 см по наибольшему протяжению.
- T2 — карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.
- T3 — карцинома распространяется за пределы матки, включая влагалище, но остается в пределах малого таза.
- T4 — карцинома распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) выходит за пределы малого таза.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- N — регионарные лимфатические узлы:
- N0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.
- N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.
- Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M — отдаленные метастазы:

- M0 — нет признаков отдаленных метастазов.
- M1 — имеются отдаленные метастазы.
- Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Классификация по стадиям (FIGO)

Преинвазивная карцинома (аденоматоз, атипическая гиперплазия эндометрия).

- I стадия — опухоль ограничена телом матки. Регионарные метастазы не определяются.
- Ia стадия — опухоль ограничена эндометрием.
- Iб стадия — инвазия в миометрий на глубину до 10 мм.
- Iв стадия — инвазия в миометрий на глубину более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.
- II стадия — опухоль поражает тело и шейку матки. Регионарные метастазы не определяются.

- III стадия — опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.
- IIIa стадия — опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и(или) имеются метастазы в придатках матки и(или) в регионарных лимфатических узлах таза.
- IIIб стадия — опухоль инфильтрирует клетчатку таза и(или) имеются метастазы во влагалище.
- IV стадия — опухоль распространяется за пределы малого таза и(или) имеется прорастание мочевого пузыря и(или) прямой кишки.
- IVa стадия — опухоль прорастает мочевой пузырь и(или) прямую кишку.
- IVб стадия — опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми отдаленными метастазами.

17.2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Прежде чем описывать клинические проявления рака эндометрия, считаем необходимым представить краткие данные о предраке эндометрия, исходя из тех соображений, что больных с этой патологией нередко приходится подвергать оперативному лечению, а до операции и исследования удаленного препарата не всегда удается установить истинный диагноз. Кроме того, клинические проявления предрака и рака эндометрия весьма сходны.

17.2.2.1. Предрак эндометрия

Больным предраком и раком тела матки свойствен комплекс эндокринно-метаболических нарушений, выражающийся в ановуляции, ожирении, сниженной толерантности к глюкозе и гиперлипидемии. Эти нарушения со значительным постоянством определяются примерно у 60 % больных, представляя собой хорошо очерченный клинический синдром гипоталамических нарушений, возникающий задолго до клинической манифестации рака эндометрия.

Для предрака эндометрия характерны атипия эпителиальных клеток, полиморфизм, гиперхроматоз ядер, а также признаки усиленного деления клеточных элементов: Это проявляется диффузными изменениями эндометрия, затем очаговым и далее наличием аденоматозных полипов.

Г. М. Савельева и В. Н. Серов (1980) считают, что к предраку следует относить: 1) аденоматоз и аденоматозные полипы в любом возрасте; железистую гиперплазию эндометрия в сочетании с гипоталамическими нейрообменно-эндокринными изменениями (гипоталамический синдром, протекающий по типу болезни Иценко — Кушинга) в любом возрасте; 3) железистую гиперплазию эндометрия, особенно рецидивирующую в периоде постменопаузы.

Клинически предрак эндометрия проявляется нарушением менструального цикла, ановуляцией, кровотечениями в периоде постменопаузы.

При лечении предрака эндометрия используют 17 α -оксипро-

гестеронкапронат в течение 4—6 мес. Затем производят контрольное диагностическое выскабливание и гистологическое исследование соскоба эндометрия. После гистологически доказанной регрессии атипической гиперплазии большим репродуктивного возраста назначают стероидные контрацептивы или препараты, стимулирующие овуляцию (кломифен). В отсутствие эффекта гормонотерапии в течение 3—4 мес показано хирургическое лечение — удаление матки.

Для лечения в репродуктивном возрасте могут применяться эстроген-гестагенные препараты (ановлар, стедерил и др.) с 5-го по 25-й день цикла или чистые гестагены. В некоторых случаях эффективна клиновидная резекция яичников.

17.2.2.2. Рак тела матки

При раке тела матки имеют место сукровичные или кровянистые выделения в межменструальном периоде или постменопаузе, боли внизу живота и в поясничной области. Часты выделения цвета «мясных помоев». Наличие кровянистых выделений из половых путей заставляет женщину быстро обратиться к врачу.

Диагноз устанавливают на основании гинекологического осмотра с ректовагинальным бимануальным исследованием, цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки, из канала ее, аспирата или смыва из полости матки, гистеро- и цервикоскопии, радиоизотопного контактного исследования, гистероцервикогрaфии, раздельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки и полости матки с гистологическим исследованием.

Во время выскабливания тело матки легко перфорировать, так как опухоль может прорасти стенку матки. В связи с этим при подозрении на злокачественный процесс выскабливание матки следует производить особенно осторожно. Если перфорация произошла при диагностическом выскабливании матки, то вопрос о дальнейшей тактике должен решаться в зависимости от возраста больной, характера соскоба, а также клинических проявлений, сопровождающих прободение матки. Выскабливание надо производить при наличии действующей операционной.

Для уточнения степени распространения опухоли могут быть выполнены цистоскопия, ректоскопия, радиоизотопная и рентгеноконтрастная лимфография, изотопная ренография, экскреторная урография. Регионарными лимфатическими узлами при раке тела матки являются общие наружные и внутренние — подвздошные, запирательные.

Наиболее эффективным методом ранней диагностики рака тела матки является цитологическое исследование аспиратов эндометрия. В случае выявления гиперплазии или атипических изменений слизистой оболочки полости матки показано более углубленное исследование (гистероскопия, гистерография, раз-

дельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки и полости матки).

Женщин с длительно существующими поликистозными яичниками, с гиперпластическими процессами эндометрия в анамнезе, с поздним (после 50 лет) наступлением менопаузы, эстрогенным типом кольпоцитологической реакции в постменопаузе, миомой матки в пре- и постменопаузе, с сахарным диабетом тучных, с ожирением необходимо обследовать для выявления или исключения рака эндометрия.

17.2.3. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака тела матки хирургическое, комбинированное, лучевое, комплексное. Выбор метода лечения зависит от стадии, локализации опухоли в матке, гистологической структуры опухоли и особенностей организма.

Рак тела матки — опухоль с выраженной гормональной зависимостью, что требует включения гормонотерапии гестагенами в комплексное лечение первичного заболевания. Способность гестагенов оказывать антиэстрогенное влияние на опухоль, обуславливая развитие в ней секреторных и некротических изменений, позволяет увеличить количество больных с 5-летним излечением на 12—15 %.

При преинвазивной карциноме проводят гормонотерапию (гестагены) по индивидуальным схемам, а в отсутствие эффекта — экстирпацию матки с оставлением придатков у женщин репродуктивного возраста.

В I стадии применяют хирургическое комбинированное и комплексное лечение. При высокодифференцированных формах опухоли, ограниченных верхней половиной полости матки, лечение хирургическое — экстирпация матки с придатками. При умеренно- и низкодифференцированных опухолях, а также поражении опухолью всей полости матки экстирпацию матки с придатками сочетают с подвздошной лимфаденэктомией. Послеоперационную дистанционную гамма-терапию назначают при глубокой инвазии опухоли в миометрий и (или) низкодифференцированной аденокарциноме, и (или) метастазах в регионарных лимфатических узлах таза.

При общих противопоказаниях к операции применяют лучевую терапию.

При высоко- и умереннодифференцированных опухолях лечение начинают с применения гестагенов (12—16 г 17 α -оксипрогестеронкапроната). При выявлении чувствительности опухоли к гестагенам гормонотерапию продолжают после окончания хирургического, комбинированного и лучевого лечения по индивидуальным схемам.

Гормонотерапию как самостоятельный метод лечения проводят при противопоказаниях к операции и лучевому лечению.

Во II стадии применяют комбинированное, сочетанное лу-

чевое или комплексное лечение. Хирургическое вмешательство заключается в расширенной экстирпации матки с придатками в том же объеме, как и при раке шейки матки (операция Вертгейма). Послеоперационную дистанционную гамма-терапию проводят по принципу равномерного облучения малого таза. При глубокой инвазии в миометрий и низкодифференцированном раке дополнительно назначают эндовагинальную гамма-терапию.

Лучевую терапию в качестве самостоятельного метода лечения можно применять при общих противопоказаниях к операции. Внутриполостную гамма-терапию и гормональное лечение проводят так же, как в I стадии. Показана также дистанционная гамма-терапия зон регионарного метастазирования.

В III стадии применяют комбинированное, лучевое или комплексное лечение.

В IIIа стадии проводят расширенную экстирпацию матки с придатками и регионарными лимфатическими узлами таза и послеоперационную дистанционную и эндовагинальную гамма-терапию, как при II стадии.

В IIIб стадии показано сочетанное лучевое лечение в полном объеме, как в I стадии. В случае резорбции параметральных инфильтратов допустимо выполнение операции адекватного объема. При раке матки с метастазами во влагалище обязательно сочетание внутриматочной эндовагинальной и дистанционной гамма-терапии. Гормональное лечение в III стадии проводят так же, как в I и II стадиях.

В IV стадии возможна паллиативная дистанционная гамма-терапия, которая может сочетаться с прогестинотерапией и химиотерапией.

При рецидивах во влагалище; развившихся после хирургического лечения, показана сочетанная лучевая терапия (дистанционная и внутриполостная гамма-терапия). При местных рецидивах в теле матки или метастазах в придатках матки после лучевого лечения оправдана экстирпация матки с придатками. Регионарные метастазы, проявившиеся после лечения первичной опухоли, подлежат лучевой терапии с учетом ранее примененных доз. В отдельных случаях допустима лимфаденэктомия. При местных рецидивах, регионарных и особенно отдаленных метастазах высоко- и умереннодифференцированного рака показана терапия гестагенами.

Возможно сочетание гормонотерапии с химиотерапией, симптоматическое лечение.

17.3. САРКОМА МАТКИ

Опухоль поражает чаще всего женщин в возрасте, близком к менопаузе, но встречается и у молодых женщин и даже у девочек. Клиническая картина зависит от расположения узлов саркомы. При интрамуральном и субсерозном расположении узлов может вообще не быть никаких симптомов заболевания или

больные жалуются на боли внизу живота. При центрипетальном росте, подслизистом расположении узлов и саркоме эндометрия возникают кровянистые выделения, к которым в дальнейшем примешиваются гнойные из-за распада опухоли и присоединившейся инфекции. Опухоль отличается быстрым ростом. Метастазирование происходит гематогенным и лимфогенным путем. Часты метастазы в легкие и печень. При саркоме шейки матки распространение идет теми же путями, что и при раке шейки матки.

Диагностика нередко представляет значительные трудности. Быстрый рост опухоли, наличие болезненности при исследовании, быстрая утомляемость, увеличение СОЭ позволяют заподозрить саркому. При наличии кровянистых выделений обязательна биопсия эндометрия. Во время операции по поводу миомы матки показано срочное гистологическое исследование удаленного препарата, так как часто саркомы развиваются в миоме матки, особенно в подслизистом узле. Наличием капсулы миомы и небогатым кровоснабжением можно объяснить то, что в этих случаях метастазы возникают редко.

По внешнему виду и расположению в различных отделах матки саркомы нередко не отличаются от миом. Однако при разрезе узла опухоли обнаруживается саркоматозная ткань мягковатой консистенции, хрупкая, мозговидная или имеющая вид вареного рыбьего мяса.

Микроскопически различают фибросаркомы, веретенообразно-клеточные, полиморфно-клеточные, мышечно-клеточные саркомы. В саркомах матки часто возникают вторичные изменения — отек, некроз, кровоизлияния.

Лечение сарком матки хирургическое. Производят операцию того же объема, что и при раке матки. Прогноз после удаления саркомы, возникшей в миоматозном узле, может быть благоприятным, но больные нуждаются в тщательном наблюдении и лечении. При других формах саркомы матки прогноз неблагоприятный.

17.4. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Хорионэпителиома — злокачественная опухоль, возникающая из элементов плодного яйца (трофобласта), растет в виде узла, выдающегося в полость матки либо расположенного в толще ее мускулатуры. Опухоль темно-багрового цвета, мягковатой консистенции, быстро метастазирует, как правило, гематогенным путем.

Заболевание поражает чаще всего женщин детородного возраста. Почти у половины больных с хорионэпителиомой в анамнезе отмечается пузырный занос, однако она может возникнуть также после родов и аборт. Наблюдаются кровянистые выделения и кровотечения, которые носят продолжительный рецидивирующий характер. Особенно сильны кровотечения из мета-

статических распадающихся узлов опухоли стенки влагалища.

Распознавание основано на данных анамнеза и влагалищного исследования (увеличенная мягковатая матка, нередко двусторонние кистозные образования в области придатков матки — лютеиновые кисты). Диагноз уточняют путем определения в моче содержания хориального гонадотропина. Реакция на хорионический гонадотропин положительна не только с цельной, но и с разведенной мочой. Биопсия эндометрия может не дать положительного результата, если опухоль располагается в толще стенки матки.

При распространении опухоли во влагалище возникают профузные кровотечения, с которыми очень трудно бороться. Приходится накладывать зажимы на кровоточащие участки и производить тугую тампонаду влагалища. Окончательно остановить кровотечение иногда не удается даже при двусторонней перевязке внутренних подчревных артерий из-за наличия обширных анастомозов. Легче бороться с кровотечением из распадающегося узла на матке; тогда удаление ее и последующая химиотерапия могут дать хорошие результаты.

При хорионэпителиоме матки применяют различные методы лечения: хирургический, химиотерапевтический, лучевой и гормональный.

17.5. РАК ЯИЧНИКОВ

17.5.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по системе TNM

- T — первичная опухоль:
- T0 — первичная опухоль не определяется.
- T1 — опухоль ограничена яичниками.
- T1a — опухоль ограничена одним яичником, асцит нет.
- T1a1 — на поверхности яичников опухоли нет, капсула не поражена.
- T1a2 — опухоль на поверхности яичника и(или) нарушение целостности капсулы.
- T1b — опухоль ограничена двумя яичниками, асцит нет.
- T1b1 — на поверхности яичника опухоли нет, капсула не поражена.
- T1b2 — опухоль на поверхности одного или обоих яичников и(или) также поражена капсула.
- T1в — опухоль ограничена одним или двумя яичниками, в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости имеются злокачественные клетки.
- T2 — опухоль поражает один или оба яичника с распространением на малый таз.
- T2a — опухоль с распространением и(или) метастазами в матку и(или) одну или обе трубы, но без вовлечения висцеральной брюшины и без асцита.
- T2б — опухоль распространяется на другие ткани малого таза и(или) поражает висцеральную брюшину, но без асцита.
- T2в — опухоль распространяется на матку и(или) одну или обе трубы, и(или) на другие ткани малого таза. В асцитической жидкости или смыве из брюшной полости содержатся злокачественные клетки.
- T3 — опухоль поражает один или оба яичника, распространяется на тонкую кишку или сальник, ограничена малым тазом, или имеются внутрибрюшные метастазы за пределами малого таза или в лимфатических узлах забрюшинного пространства.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

- N — регионарные лимфатические узлы;
- N0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.
- N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.
- Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M — отдаленные метастазы:

- M0 — нет признаков отдаленных метастазов.
- M1 — имеются отдаленные метастазы.
- Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

При определении вида опухоли необходимо иметь гистологическое подтверждение диагноза, позволяющее делить опухоли по гистологическому типу. Должна быть установлена степень дифференцировки злокачественного роста.

Классификация по стадиям (FIGO)

- Ia стадия — опухоль поражает только один яичник.
- Iб стадия — опухоль поражает оба яичника.
- Iв стадия — поражение ограничено одним или двумя яичниками, наблюдается асцит с наличием клеток опухоли.
- IIa стадия — опухоль поражает один или оба яичника с распространением на трубы и(или) матку.
- IIб стадия — опухоль поражает один или оба яичника и распространяется на другие тазовые органы и брюшину.
- IIв стадия — распространение опухоли такое же, как в стадиях IIa и IIб, наблюдается асцит с наличием клеток опухоли.
- III стадия — опухоль поражает один или оба яичника, имеются одиночные или множественные метастазы за пределами малого таза по висцеральной и(или) париетальной брюшине, включая большой сальник и(или) парааортальные лимфатические узлы.
- IV стадия — опухоль распространяется на один или оба яичника, но, помимо внутрибрюшинных, имеются и отдаленные метастазы.

Больные с установленным диагнозом рака яичников должны лечиться в специализированном онкологическом стационаре, но хирург-гинеколог должен быть готов к тому, что в своей практике он может встретиться со злокачественной опухолью яичника. Нередко истинный характер новообразования выявляется во время операции, а иногда только после гистологического исследования удаленного препарата.

Среди других злокачественных опухолей женских половых органов по частоте рак яичника стоит на втором месте после рака шейки матки.

По данным эпидемиологического исследования американских ученых, рак яичников в тот или иной период жизни может возникнуть у 1,4 %, или у каждой из 70 новорожденных девочек. В настоящее время рак яичников является ведущей причиной смерти от злокачественных опухолей половых органов. Случаи пятилетней выживаемости от рака яичника составляют 15—25 %. За последние 30 лет она практически не изменилась.

Принято различать первичный, вторичный (рак в кистоме) и метастатический рак яичников.

Первичный рак яичников встречается в 5 % слу-

чаев рака яичника и характеризуется тем, что опухоль с самого начала носит злокачественный характер. В ней нет смешения доброкачественных и злокачественных элементов. Опухоль происходит чаще из покровного эпителия яичника. Размер опухоли может быть разнообразным. Часто опухоль сохраняет форму яичника. Поверхность ее бугристая, консистенция мягковатая или плотная. На разрезе нередко выявляется мозговидная, легко крошащаяся ткань с участками распада и кровоизлияниями.

Вторичный рак яичников, или рак в кистоме, — наиболее часто встречающаяся форма рака (80—85 % по отношению ко всем формам рака яичника). Чаще злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистах яичника. Рак может возникнуть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы.

В начальных стадиях заболевания опухоль по внешнему виду не отличается от кистомы. На разрезе ткань раковых узлов хрупкая, крошащаяся, имеет пестрый вид за счет участков некроза и кровоизлияний. При возникновении рака в папиллярной кистоме нередко наблюдаются разрастания в виде цветной капусты. Они легко крошатся и кровоточат. Микроскопически картина рака яичника разнообразна: встречаются железистый рак, папиллярный рак, рак солидного строения и смешанные формы.

Приблизительно в 20 % случаев злокачественных новообразований имеет место метастатический рак яичников.

Первичный очаг может локализоваться в любом органе (желудочно-кишечный тракт, молочная железа, щитовидная железа, печень, легкие, желчный пузырь и т. д.). Наиболее часто встречаются метастазы из желудочно-кишечного тракта. Метастатическая опухоль в яичнике растет быстро и может значительно превосходить по величине первичный очаг. Метастатический рак следует рассматривать как IV стадию распространения процесса. Метастазирование в яичник чаще происходит гематогенным путем, реже ретроградно-лимфогенным и имплантационным.

Величина опухоли может быть различной, форма овальная, нередко повторяет очертания яичника. Опухоли, как правило, двусторонние, имеют ножку, белесоватые, плотной консистенции, но при дистрофических изменениях консистенция неравномерная, с очагами размягчения. Поверхность опухоли гладкая или бугристая. Опухоли редко сопровождаются сращениями; в 70 % случаев имеет место асцит.

Метастатический рак носит название опухоли Крукенберга по имени автора, описавшего эту форму.

При гистологическом исследовании опухоли выявляются крупные перстневидные клетки со светлой протоплазмой и полулунным ядром, отодвинутым к поверхности клетки. Строма име-

ет сходство с саркоматозной тканью. Строение вторичного рака обусловлено формой кистомы, из которой он развился. При метастатическом раке строение опухоли сходно со строением первичного очага.

Распространение рака яичника происходит на протяжении по основным лимфатическим путям, гематогенным путям. Регионарные лимфатические узлы располагаются высоко в околопочечной области. Пройдя этот барьер, метастазы распространяются по верхним отделам грудной и брюшной полостей, в плевральной полости и надпочечных лимфатических узлах. Кроме того, метастазы могут возникать в поясничных, парааортальных, илиакальных и паховых, а также в боковых сакральных лимфатических узлах.

Рак яичника стоит на первом месте среди других новообразований по обширности метастазирования. Заболевание поражает женщин чаще всего в возрасте старше 40 лет, однако и у молодых женщин не является редкостью.

В начальных стадиях развития рак яичника не имеет специфических признаков. В I—II стадии опухоли, как правило, диагностируются как кистомы.

Анамнез больной позволяет высказать предположение о злокачественном процессе в придатках матки. Нередки злокачественные опухоли у родственников больных. Возможно, имеется генетически обусловленная предрасположенность к заболеванию раком. В связи с этим следует обращать внимание на наследственность у женщин с опухолями в малом тазе.

Большинство женщин, страдающих раком яичника, имеют неблагоприятный преморбидный фон и в прошлом перенесли какое-либо заболевание половых органов. Наиболее постоянным и ранним симптомом заболевания являются боли внизу живота. Именно они заставляют женщину обратиться к врачу.

17.5.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина рака яичников разнообразна. В большом проценте случаев опухоли двусторонние. Рано появляется асцит. Больные жалуются на боли внизу живота. В дальнейшем присоединяются чувство недомогания, слабость, быстрая утомляемость. В более поздней стадии распространения процесса в малом тазе пальпируются плотные бугристые болезненные образования с шиповидными выростами в ректовагинальную клетчатку, малоподвижные, спаянные в единый конгломерат. При обследовании отмечаются дефанс передней брюшной стенки и болезненность. Увеличение объема живота, снижение диуреза, желудочно-кишечный дискомфорт. СОЭ ускорена.

Обращает на себя внимание то, что среди больных раком яичников многие женщины длительно лечились по поводу воспаления придатков матки.

Диагностика рака яичников до операции трудна. В I и II стадиях распространения процесса опухоли яичников почти не отличаются от кистом яичника. Онкологическая настороженность заставляет врача при обследовании больной обращать внимание на следующие моменты.

Опухоли в придатках матки могут наблюдаться в отсутствие указаний в анамнезе на воспалительный процесс в прошлом.

Консервативная терапия опухолевидных образований в придатках матки, имеющих воспалительную этиологию, неэффективна. Иногда рак яичника сопровождается повышением температуры тела по вечерам. Увеличение СОЭ в отсутствие лейкоцитоза и сдвига в лейкоцитарной формуле часто имеет место при злокачественном поражении яичников. Для рака характерна защитная реакция брюшной стенки при осторожном гинекологическом исследовании.

Опухоль располагается сзади, низко и немного сбоку от матки. Матка отсняется вперед и вверх к лону или под лоно и в сторону. На отдельных участках опухоль резко болезненна при пальпации, вернее при надавливании на нее пальцем, в то время как пальпация всей опухоли и легкое сдавливание ее руками обычно малоболезненны. Опухоль, как правило, ограничена в подвижности.

Особое внимание следует обращать на опухоли в придатках матки, возникшие в пожилом и старческом возрасте. Это чаще всего истинная опухоль, и не исключается наличие рака яичника.

Для диагностики необходимы гинекологический осмотр с обязательным ректовагинальным исследованием, пальпация и перкуссия живота. Дополнительные методы исследования: цитологическое исследование пунктата брюшной полости, полученного через задний свод влагалища, исследование асцитической или плевральной жидкостей, рентгенологические исследования (рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, лимфография), исследования грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, эндоскопические исследования (лапароскопия или кульдоскопия), ультразвуковое исследование органов малого таза.

С целью дифференциальной диагностики проводят зондирование полости матки, взятие аспирата, по показаниям — диагностическое выскабливание. При невозможности уточнить диагноз показана диагностическая лапаротомия.

Диагностические ошибки при злокачественных опухолях яичников встречаются часто. Чаще всего при наличии рака яичников устанавливают диагноз доброкачественной опухоли. При этом определить, является ли опухоль яичника доброкачественной или злокачественной, нередко можно только во время операции, поэтому каждую больную с диагностированной опухолью

яичника следует подвергать оперативному лечению, так как 25 % опухолей яичника злокачественны.

Нередко рак яичника принимают за миому матки. Особенно важна дифференциальная диагностика рака яичников и воспаления придатков матки, так как терапия этих заболеваний совершенно различна. Длительное существование и лечение воспалительного процесса в придатках матки не исключают возможности развития злокачественного процесса, а, наоборот, делают этот контингент больных наиболее угрожаемым по возникновению рака. Таким больным следует производить диагностическое чревосечение.

Рак яичников приходится дифференцировать от множественной миомы матки, туберкулеза придатков матки, эндометриодных кист. Оценка клинических проявлений и дополнительные исследования помогают уточнить диагноз.

17.5.4. ЛЕЧЕНИЕ

Успех лечения больных раком яичников зависит от стадии распространения процесса, в котором начато лечение. К сожалению, большинство больных начинают лечиться уже в запущенной стадии, что и обуславливает неудовлетворительные отдаленные результаты.

Несмотря на успехи медицины, появление ряда новых методов диагностики и терапии, прогноз при раке яичников существенно не улучшается. Этот факт объясняется известными причинами: 1) больные не находятся под наблюдением врачей и обращаются к ним лишь в запущенной стадии процесса; 2) при осмотре больных отсутствует онкологическая настороженность, и женщины вследствие неправильного диагноза длительное время наблюдаются или лечатся в женской консультации.

В I стадии лечение комплексное. Показано оперативное вмешательство при всех вариантах I стадии в объеме экстирпации или надвлагалищной ампутации матки с придатками и удалением большого сальника. Операция при раке яичника, как правило, должна быть максимально радикальной. Исключение составляют молодые бездетные женщины в I стадии распространения процесса, у которых можно ограничиться удалением придатков матки пораженной стороны.

После вскрытия брюшной полости следует прежде всего определить стадию распространения процесса. Брюшную полость надо вскрывать прямым разрезом, чтобы обеспечить возможность хорошей ревизии органов малого таза и брюшной полости. Необходимо осмотреть матку, придатки, пальпировать парааортальные лимфатические узлы, поверхность печени, желудок, серозный покров желудочно-кишечного тракта. После ревизии решают вопрос об объеме оперативного вмешательства.

В случае операбельности больной производят пангистерэктомию, т. е. удаляют матку с придатками. Некоторые хирурги

считают возможным ограничиваться надвлагалищной ампутацией матки с придатками. Техника этих операций описана ранее.

Следует отметить, что при раке яичников операции часто технически сложны из-за наличия сращений и возможных разрастаний опухоли по брюшине органов малого таза. В процессе операции может возникнуть необходимость резекции участка кишки или мочевого пузыря. Хирург должен быть готов к выполнению подобных операций. Иногда такая необходимость возникает вследствие ранения этих органов. После пангистерэктомии резецируют большой сальник, даже если он кажется неизменным. Часто именно в сальнике возникают метастазы опухоли, иногда микроскопические.

Резекцию большого сальника выполняют следующим образом. Сальник выводят в брюшную рану, растягивают и, отступя 1 см от уровня прикрепления его к поперечной ободочной кишке, последовательно накладывают зажимы (работает нижняя треть зажима). Сальник отсекают и лигируют капроновыми нитями. Необходимо особенно тщательно перевязывать сосуды во избежание кровотечения, которое может привести к релапаротомии.

Наблюдаются случаи, когда после удаления доброкачественной опухоли при окончательном гистологическом исследовании устанавливают диагноз рака яичников. Такие больные нуждаются в повторном чревосечении без выписки из стационара и проведении операции в полном объеме, т. е. пангистерэктомии и резекции большого сальника. Во время операции по поводу кистомы или кисты яичника удаленную опухоль следует вскрыть и при малейшем подозрении на рак (хрупкие, легко кровоточащие сосочковые разрастания, мозговидные распадающиеся массы опухоли) по возможности выполнить радикальную операцию — полное удаление матки с придатками и тотальную резекцию большого сальника.

Во время операции желательно провести срочное гистологическое исследование. Имеется возможность радионуклидной интраоперационной диагностики, которая может оказать существенную помощь при определении истинного характера опухоли.

Пробное чревосечение при установлении клинически любой стадии рака обязательно, так как могут быть ошибки не только в диагностике, но и в определении стадии распространения процесса.

После операции осуществляют химиотерапию. В отдельных случаях после операции может быть проведена дистанционная гамма-терапия на область малого таза. При всех вариантах (а, б, в) желательна профилактическая (поддерживающая) химиотерапия после первичного лечения.

Во II стадии лечение комплексное. Объем операции такой же, как в I стадии. Во IIa и IIб стадиях лечение проводят в двух вариантах: 1) операция + послеоперационная химиотерапия или операция + дистанционная гамма-терапия на область малого таза + химиотерапия; 2) предоперационная химиотерапия + опе-

рация + послеоперационная химиотерапия или предоперационная химиотерапия + операция + дистанционная гамма-терапия на область малого таза + химиотерапия. После успешного первичного лечения показана профилактическая (поддерживающая) химиотерапия.

В III стадии лечение начинают с химиотерапии. Затем выполняют операцию с максимальным удалением опухолевых масс. Не следует стремиться убрать всю опухоль, так как это практически невозможно и лишь наносит большую травму. Надо убрать свободно лежащие массы опухоли. В некоторых случаях ситуация в брюшной полости такова, что удастся лишь провести биопсию, что тоже очень важно, так как помогает впоследствии выбрать наиболее эффективный метод химиотерапии.

Впоследствии проводят химиотерапию. Для воздействия на неудаленные крупные узлы опухоли может быть применена дистанционная гамма-терапия прицельными полями. При опухолях больших размеров лечение целесообразно начинать с операции. В послеоперационном периоде лечение такое же, как при первом варианте. При эффективности первичного лечения в дальнейшем показана поддерживающая химиотерапия.

В IV стадии лечение начинают с химиотерапии. При достижении клинического эффекта и в отсутствие общих противопоказаний производят чревосечение, при котором выполняют технически возможный объем оперативного вмешательства. Впоследствии в случае успешности первичного лечения проводят поддерживающую химиотерапию. В отдельных случаях при стойком клиническом эффекте допустима повторная лапаротомия с целью ревизии и(или) удаления оставшихся опухолевых масс. Введение в брюшную полость радиоактивного коллоидного золота является дополнительным методом лучевого воздействия или профилактики распространения процесса, замедления накопления асцитической жидкости и подавления роста мелких диссеминатов опухоли.

При необходимости проводят симптоматическое лечение.

При метастазах после излечения первичной опухоли могут быть применены лучевое, хирургическое или лекарственное лечение, а также симптоматическое лечение.

Кроме рака яичника, могут иметь место и другие злокачественные опухоли.

Дисгерминома яичника. Как правило, заболевание возникает в возрасте до 30 лет. Размер опухоли зависит от времени возникновения опухоли. Опухоль, как правило, многокамерная, поэтому поверхность ее неровная, консистенция неравномерная, вид мраморный. На разрезе могут определяться участки размягчения и расплавления за счет нарушения питания в опухоли. Как правило, яичник представляет собой опухоль, которая может располагаться вне- и межсвязочно.

Опухоль не обладает гормональной активностью, но часто

развивается у больных с половым инфантилизмом. Менструальная функция может сохраняться. Нарушения ее возникают при предшествующей гипоплазии половых органов. Клиническое течение заболевания такое же, как при раке яичника.

Тератобластома яичника. Величина опухоли может быть различной. Форма неправильно-овоидная. Вид пестрый за счет кровоизлияний. Заболевают девушки и молодые женщины. На разрезе опухоль имеет кистозно-солидное строение. Микроскопически выявляется, что опухоль состоит из тканей эмбрионального характера различной степени зрелости.

Опухоль встречается чаще всего у женщин молодого возраста, отличается быстрым ростом. Метастазы в отдаленные органы возникают быстро, распространяются по лимфатическим и кровеносным путям.

Отмечаются боли внизу живота, слабость, недомогание, нередко асцит. Менструальная функция, как правило, не нарушена. СОЭ увеличена. При исследовании влагалищным путем опухоль малоподвижна за счет сращений с окружающими тканями. Как правило, ее принимают за рак или кистому яичника.

Принципы хирургического лечения дисгерминомы и тератобластомы яичников те же, что и при раке яичников.

17.6. РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Это редкое заболевание возникает, как правило, у пожилых женщин, развиваясь из цилиндрического эпителия маточной трубы. Клиническая картина данной патологии характеризуется, кроме болей, иногда схваткообразных, еще тем, что часто происходит излияние значительного количества жидких выделений из матки, серозных, иногда с примесью крови и гноя вследствие опорожнения содержимого трубы. Могут наблюдаться также кровянистые выделения из матки.

При влагалищном исследовании в области придатков определяется опухолевидное образование, нередко грушевидной формы. В начальных стадиях развития опухоль не достигает больших размеров. После излияния содержимого маточной трубы опухоль при исследовании значительно уменьшается. В более запущенных стадиях заболевания опухоль поражает яичник, тело матки, брюшину, сальник.

Диагноз устанавливают на основании наличия схваткообразных болей внизу живота и периодических обильных жидких выделений, что всегда подозрительно на рак маточной трубы. Необходимо цитологическое исследование отделяемого (атипические клетки цилиндрического эпителия), диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. При необходимости производят лапароскопию. Заболевание следует дифференцировать от воспалительных опухолевидных образований. Если уточнить диагноз невозможно, то показано диагностическое чревосечение.

Лечение оперативное — пангистерэктомия с резекцией большого сальника. Если удалить опухоль нельзя, то следует взять материал для биопсии, чтобы подобрать препарат для химиотерапии.

17.7. РАК ВЛАГАЛИЩА

Рак влагалища не лечат хирургическим путем. Больные этим заболеванием должны находиться в онкологических стационарах.

17.7.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по системе TNM

- T — первичная опухоль:
- T — преинвазивная карцинома (карцинома in situ).
- T0 — первичная опухоль не определяется.
- T1 — опухоль ограничена стенкой влагалища.
- T2 — опухоль вовлекает паравагинальные ткани, но не распространяется на стенку таза.
- T3 — опухоль распространяется на стенки таза.
- T4 — опухоль захватывает слизистую оболочку мочевого пузыря и(или) прямой кишки и(или) распространяется за пределы малого таза.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- N — регионарные лимфатические узлы:
- N0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.

Верхние две трети:

- N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Нижняя треть:

- N1 — имеются метастазы в смещаемых регионарных лимфатических узлах с одной стороны.
- N2 — имеются метастазы в смещаемых регионарных лимфатических узлах с двух сторон.
- N3 — метастазы в несмещаемых регионарных лимфатических узлах.
- Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M — отдаленные метастазы:

- M0 — нет признаков отдаленных метастазов.
- M1 — имеются отдаленные метастазы.
- Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Симптомы заболевания: боли, бели, кровянистые выделения из половых путей, контактные кровянистые выделения.

При осмотре в зеркалах выявляются опухолевые разрастания, в некоторых случаях легко кровоточащие язвы. Результаты влагалищного исследования зависят от стадии распространения процесса.

Диагноз ставят на основании осмотра в зеркалах, бимануального ректовагинального исследования, цитологического исследования, мазков, биопсии. Для исключения метастатического характера опухоли во влагалище производят раздельное выскабливание канала шейки матки и полости матки, обследование молочных желез, яичников и других органов. Рекомендуются

также пальпация пахово-бедренных лимфатических узлов, ректороманоскопия, цистоскопия, экскреторная урография (по показаниям), рентгеноконтрастная лимфография.

Регионарными для верхних двух третей влагалища являются газовые лимфатические узлы, а для нижней трети — паховые лимфатические узлы.

Классификация по стадиям FIGO

- Преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*, внутриэпителиальный рак).
- I стадия — опухоль диаметром до 2 см, прорастает не глубже подслизистого слоя. Регионарные метастазы не определяются.
- II стадия — опухоль более 2 см в диаметре при той же глубине инвазии или опухоль тех же или меньших размеров с паравагинальным инфильтратом, не распространяющаяся до стенок таза. Регионарные метастазы не определяются.
- IIIa стадия — опухоль любого размера с паравагинальным инфильтратом, распространяющаяся до стенок таза. Регионарные метастазы не определяются.
- IIIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с удалимыми регионарными метастазами.
- IVa стадия — опухоль распространяется на соседние органы и ткани (уретра, мочевого пузыря, прямая кишка, промежность, кости таза). Регионарные метастазы не определяются.
- IVб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с неудалимыми регионарными метастазами или опухоль с клинически определяемыми метастазами.

Опухоль влагалища, достигающую шейки матки, рассматривают как влагалищный вариант рака шейки матки; опухоль, поражающую влагалище и вульву, — как рак наружных половых органов.

Лечение проводят в онкологическом стационаре, где и определяют характер и дозу лучевой терапии. Следует отметить, что лучевая терапия (рентгенотерапия, гамма-терапия) в значительном числе случаев приводит к стойкому излечению.

17.8. РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

17.8.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по системе TNM

T — первичная опухоль:

- T — преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*).
- T0 — первичная опухоль не определяется.
- T1 — опухоль ограничена вульвой, не более 2 см в наибольшем измерении.
- T2 — опухоль ограничена вульвой, более 2 см в наибольшем измерении.
- T3 — опухоль любого размера с распространением на нижнюю часть уретры и (или) влагалище, или на промежность, или на анальное кольцо.
- T4 — опухоль любого размера с распространением на верхнюю часть уретры и (или) на слизистую оболочку мочевого пузыря, или прямой кишки, или она фиксирована к стенкам таза.
- Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

N — регионарные лимфатические узлы:

- N0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.
- N1 — имеются метастазы в смещаемых регионарных лимфатических узлах с одной стороны.

N2 — имеются метастазы в смещаемых регионарных лимфатических узлах с двух сторон.

N3 — метастазы в несмещаемых регионарных лимфатических узлах.

Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M — отдаленные метастазы:

M0 — нет признаков отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

Классификация по стадиям (FIGO)

Преинвазивная карцинома (карцинома *in situ*, внутриэпителиальный рак).

I стадия — опухоль до 2 см в диаметре, ограниченная вульвой. Регионарные метастазы не определяются.

II стадия — опухоль более 2 см в диаметре, ограниченная вульвой. Регионарные метастазы не определяются.

IIIa стадия — опухоль любого размера, распространяющаяся на влагалище и (или) нижнюю часть уретры. Регионарные метастазы не определяются.

IIIб стадия — опухоль той же или меньшей степени распространения со смещаемыми метастазами в пахово-бедренных лимфатических узлах.

IVa стадия — опухоль распространяется на верхнюю часть уретры и (или) мочевого пузыря, и (или) прямую кишку, и (или) кости таза. Регионарные метастазы не определяются.

IVб стадия — опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами регионарного метастазирования или опухоль меньшей степени местного распространения с несмещаемыми регионарными метастазами, или опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

17.8.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Рак вульвы встречается в 1—2 % случаев среди других локализаций рака половых органов. Гистологически это плоскоклеточный рак с склонностью к орогованию; реже наблюдается железистая форма. Опухоль может развиваться в виде плотного узла, инфильтрата хрящевой консистенции, сосочковых разрастаний, напоминающих цветную капусту, кратерообразной язвы с инфильтратным основанием и неровными плоскими краями.

Вначале возникает небольшое утолщение или узелок, чаще всего в коже больших половых губ. Узелок начинает расти, иногда быстро изъязвляясь, образуется раковая язва. Опухоль распространяется по поверхности и в глубину, нередко переходит на противоположную сторону, в запущенных случаях поражает все наружные половые органы. В последнюю очередь в процесс вовлекается мочеиспускательный канал. Быстро поражаются паховые лимфатические узлы, затем возникают метастазы в подвздошных и подчревных узлах и в отдаленных органах. Нередко поражаются лимфатические узлы противоположной стороны. Частое и быстрое метастазирование при раке наружных половых органов обусловлено богато развитой лимфатической сетью наружных половых органов.

17.8.3. ДИАГНОСТИКА

Диагностику осуществляют на основании осмотра, пальпации, вульвоскопии, цитологического исследования мазков с поверхности опухоли, биопсии. Может быть применено радиоизотопное контактное исследование с фосфором (^{32}P). Для уточнения степени распространения опухоли производят осмотр в зеркалах, ректовагинальное бимануальное исследование, пальпацию пахово-бедренных зон, по показаниям — уретро- и цистоскопию, ректоскопию, лимфографию, экскреторную урографию.

17.8.4. ЛЕЧЕНИЕ

Показано хирургическое, комбинированное, лучевое, лекарственное лечение, при преинвазивной карциноме — простая вульвэктомия.

Вульвэктомия. Проводят два овальных разреза. Внутренний разрез делают после растяжения больших половых губ в стороны. На дистальной границе слизистой оболочки влагалища спереди разрез полукругом охватывает наружное отверстие мочеиспускательного канала, как показано на рис. 17.2. Наружный разрез проводят также дугообразно, обходя область клитора. Разрезы с обеих сторон соединяют в области промежности.

После проведения указанных разрезов отсепааровывают ткани вглубь до мочеполовой диафрагмы. При этом следует учитывать, что обширная васкуляризация в области вульвы требует постоянного последовательного гемостаза. Надо следить, чтобы отсепаарованные в глубину ткани не заходили за пределы наружного разреза. После отсепааровки тканей накладывают зажимы на основание клитора, пересекают клитор и удаляют вульву. Накладывают швы на область клитора. Края кожи отсепааровывают на глубину 1,5—2 см, чтобы можно было наложить швы без особого натяжения. Затем накладывают узловатые кетгутовые швы, сначала погружные, а затем соединяющие кожу и слизистую оболочку влагалища. Швы накладывают, начиная от области промежности. В области клитора края кожи соединяют линейным швом.

В мочевой пузырь вводят катетер. На рану накладывают повязку. Еще лучше обработать рану аэрозолем типа «лифузоль», предохранив ее таким образом от загрязнения. Катетер должен оставаться в мочевом пузыре 6—7 дней.

В I стадии лечение хирургическое или лучевое. При хирургическом лечении осуществляют радикальную вульвэктомию. При локализации опухоли в области клитора желательно выполнить двустороннюю пахово-бедренную лимфаденэктомию.

При противопоказаниях к операции назначают лучевую терапию.

Во II стадии проводят комбинированное или лучевое лечение.

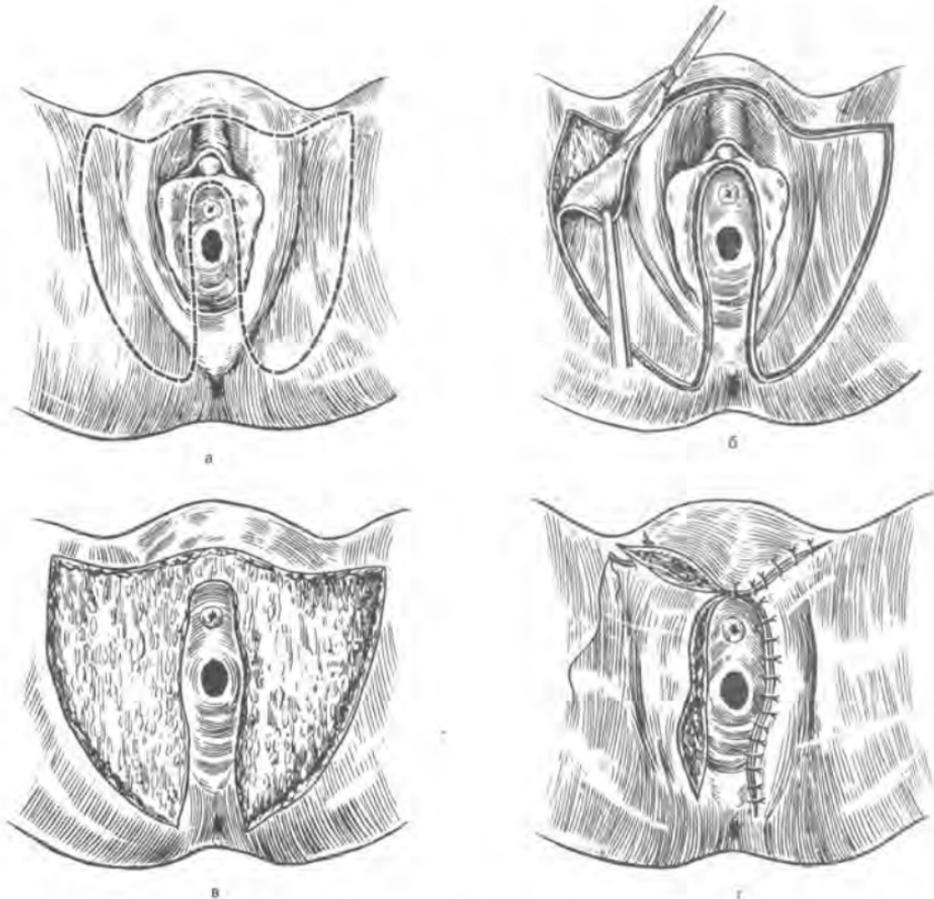


Рис. 17.2. Частичная вульвэктомия.

а — пунктиром отмечена линия разреза; б — отсепаровка тканей в пределах намеченного лоскута; в — ткани удалены; г — зашивание раны наружных половых органов.

Двустороннюю пахово-бедренную лимфаденэктомию выполняют лишь при локализации опухоли в области клитора.

Во IIа стадии показано комбинированное лечение: предоперационная дистанционная гамма-терапия с последующей одномоментной вульвэктомией и двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией. При противопоказаниях к операции рекомендуется сочетанное лучевое воздействие на первичную опухоль. Одновременно с облучением первичного очага осуществляют дистанционную гамма-терапию зон регионарного метастазирования.

Во IIб стадии лечение комбинированное: предоперационное облучение первичного очага с последующей операцией, как во IIа стадии. При противопоказаниях к операции проводят лучевую терапию, как во IIа стадии.

В IIIа стадии лечение начинают с дистанционной лучевой терапии на первичную опухоль и зоны регионарного метастази-

рования. При достижении эффекта выполняют вульвэктомия и двустороннюю пахово-бедренную лимфаденэктомию. В случае отсутствия эффекта продолжают лучевую терапию.

В IIIб стадии при смещаемой первичной опухоли лечение комбинированное: дистанционная гамма-терапия на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования, затем вульвэктомия, двусторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия, удаление подвздошных узлов на стороне метастатического поражения пахово-бедренных лимфатических узлов. При несмещаемой первичной опухоли лечение такое же, как в IIIа стадии.

В IV стадии оправдана попытка применения химиотерапии или паллиативной дистанционной гамма-терапии. Проводят также симптоматическое лечение.

При рецидивах или регионарных метастазах после лучевого или комбинированного лечения возможны попытки лучевой терапии или химиотерапии по индивидуальному плану. В исключительных случаях распадающуюся опухоль удаляют. При отдаленных метастазах показана химиотерапия. Рекомендуются симптоматическое лечение.

Операция Дюкена (удаление паховых и бедренных лимфатических узлов). Эта операция имеет много модификаций. Приводим ее описание в модификации Гиговского.

В связи с наличием широко развитой лимфатической системы рак наружных половых органов сравнительно быстро метастазирует в регионарные лимфатические узлы.

На 4 пальца выше паховой связки (операцию начинают на стороне поражения) делают разрез кожи, который затем продолжают вниз до вершины бедренного треугольника. Кожу отсепааровывают латерально до наружных гребешков передней верхней ости и медиально до бугорка лобковых костей. На ней оставляют только небольшой слой рыхлой клетчатки, чтобы не нарушать питания кожного лоскута. У верхнего края образовавшегося лоскута рассекают клетчатку вместе с поверхностной фасцией и отсепааровывают их книзу и с боков до апоневроза наружной косой мышцы.

После освобождения верхнего и боковых участков подкожного жирового лоскута с поверхностными паховыми и бедренными лимфатическими узлами начинают выделение нижнего участка ромба. Острым путем выделяют, перевязывают и перерезают большую подкожную вену и вместе с ней весь лоскут приподнимают к наружному отверстию бедренного канала. Из бедренного канала удаляют клетчатку вместе с лимфатическим узлом. Через этот канал удаляют клетчатку с лимфатическими узлами, расположенными по ходу подвздошных сосудов. После этого вскрывают наружный листок широкой фасции бедра, обнажают бедренные сосуды и также удаляют клетчатку с лимфатическими узлами. Мышечную фасцию зашивают несколькими узловыми кетгутowymi швами. Операцию заканчивают ушиванием бедренного канала.

Широкое обследование забрюшинного пространства большого и малого таза, подход к подвздошным и подчревным сосудам можно осуществить через паховые каналы. Для этого на 1—2 см выше паховой связки и параллельно ей рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота разрезом длиной 6—7 см, тупо отодвигают кверху внутреннюю и поперечную косые мышцы живота, вскрывают поперечную фасцию, отодвигают или перевязывают нижние подчревные сосуды и по наружным подвздошным сосудам проникают в забрюшинное тазовое пространство вплоть до мочеточников и подчревных сосудов. В дальнейшем удаляют тазовую клетчатку с расположенными в ней лимфатическими узлами. Операционную рану зашивают так же, как по окончании грыжесечения. Аналогичную операцию выполняют на другой стороне.

В связи с обильной лимфореей, обычно развивающейся в послеоперационном периоде, дренируют подкожные пространства, а на кожу накладывают непрерывный кетгутовый шов.

17.9. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы не лечат в гинекологических стационарах, но гинеколог должен иметь представление об этом заболевании.

Двумя взаимно перпендикулярными (вертикальной и горизонтальной) линиями, проведенными через сосок, молочная железа условно делится на четыре квадранта: наружные — верхний и нижний, внутренние — верхний и нижний. В центральной части молочной железы располагается сосок, окруженный ареолой.

Регионарными лимфатическими коллекторами для молочной железы служат подмышечные, подлопаточные, подключичные, надключичные и парастернальные лимфатические узлы на стороне поражения. При локализации опухоли в латеральной половине молочной железы чаще всего обнаруживают метастазы в подмышечных и подлопаточных лимфатических узлах на стороне поражения.

Опухоль, расположенная в центральных и внутренних отделах молочной железы, может давать метастазы в подключичные и загрудинные лимфатические узлы. При поражении верхних квадрантов возможно непосредственное метастазирование в надключичные лимфатические узлы. Все контралатеральные метастазы в лимфатических узлах следует расценивать как отдаленные.

Ведущим признаком наиболее частой узловой формы рака является наличие очагового уплотнения, которое пальпируется в ткани молочной железы или выявляется при маммографии. В более поздних стадиях можно определить связь пальпируемого узла с клетчаткой, окружающей молочную железу, или с кожей (симптомы морщинистости, площадки, умбиликации,

лимонной корочки), уплощение ареолы, фиксацию и втяжение соска, выделения из него, деформацию молочной железы.

Реже встречаются диффузные формы: лимфангитическая, инфильтративная, инфильтративно-отечная, маститоподобная, рожеподобная, панцирная (характерны увеличение размеров молочной железы, диффузное уплотнение ткани без четких границ, отек и гиперемия кожи). Важными признаками рака типа Педжета являются утолщение, мацерация, изъязвление ареолы и соска.

В отдельных случаях первым симптомом рака молочной железы являются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Диагноз ставят на основании осмотра, пальпации, рентгенологического исследования (бесконтрастная маммография, дуктография), цитологического исследования пунктатов первичного узла и увеличенных лимфатических узлов. При неясном диагнозе последним этапом диагностики являются секторальная резекция подозрительного участка ткани молочной железы и срочное гистологическое исследование.

17.9.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

I стадия — опухоль до 2 см в диаметре без прорастания в жировую клетчатку, окружающую молочную железу. Регионарные метастазы отсутствуют.

IIa стадия — опухоль диаметром от 2 до 5 см, не прорастающая в окружающую жировую клетчатку и кожу молочной железы, или опухоль того же или меньшего размера, прорастающая в жировую клетчатку и спаянная с кожей (вызывает симптомы морщинистости, «площадки»). Регионарные метастазы отсутствуют.

IIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более 2) регионарными метастазами на стороне поражения, смещаемыми подмышечными и (или) парастеральными.

IIIa стадия — опухоль более 5 см в диаметре, не прорастающая ткани, окружающие молочную железу, или опухоль любого размера, инфильтрирующая подлежащие фасциально-мышечные слои или кожу (симптом умбиликации, симптом лимонной корочки — ограниченный отек, возможно изъязвление кожи, втяжение соска). Регионарные метастазы отсутствуют.

IIIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более двух) ограниченно смещаемыми или множественными смещаемыми метастазами в подмышечных, подключичных, подлопаточных, парастеральных узлах на стороне поражения, опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночными (не более двух) смещаемыми метастазами в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения. Метастазы в надключичной области могут сочетаться с другими регионарными метастазами.

IVа стадия — местно-распространенная опухоль с диссеминацией по коже (сателлиты) или обширным изъязвлением, или фиксированная к грудной стенке, или с тотальным отеком молочной железы. Все острые формы рака молочной железы рожеподобные, маститоподобные, панцирные. Регионарные метастазы не определяются.

IVб стадия — опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами регионарного метастазирования или опухоль меньшей степени местного распространения с одиночными ограниченно смещаемыми или множественными смещаемыми надключичными и(или) несмещаемыми регионарными метастазами. Опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами, в том числе лимфогенными контралатеральными.

Двустороннее поражение молочных желез, синхронное или метакронное, следует классифицировать по общим принципам отдельно для каждой молочной железы. В учетные формы вносятся стадия стороны наибольшего поражения.

17.9.2. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака молочной железы хирургическое, комбинированное, комплексное, лучевое, лекарственное. Учитывают степень распространения опухолевого процесса, клиническую форму рака, возраст больной, состояние менструальной и овариальной функций, общее состояние, наличие сопутствующих заболеваний. Лечение должно проводиться в онкологическом учреждении.

При хирургическом лечении применяют радикальную мастэктомию по Холстеду, мастэктомию по Пейти, радикальную расширенную (подмышечно-грудинную) мастэктомию.

В тех случаях, когда при гистологическом исследовании удаленного участка молочной железы при узловых образованиях в ней обнаруживают преинвазивную форму рака, хирург имеет право ограничить объем операции секторальной резекцией молочной железы, но не энуклеацией опухолевого узла. При множественных фокусах преинвазивного рака, выявленного гистологически после секторальной резекции, показана ампутация молочной железы или мастэктомия по Пейти.

Лучевое лечение рака молочной железы проводят на гамма-терапевтических аппаратах, линейных ускорителях, бетатронах. Методика предоперационной гамма-терапии состоит в одновременном и ежедневном облучении всей молочной железы и зон регионарного лимфооттока.

Схема гормонотерапии зависит от состояния менструально-овариальной функции и предусматривает длительное введение гормональных препаратов. Показания к овариэктомии и гормональному лечению могут быть уточнены путем определения гормональных рецепторов в опухоли при соответствующем оснащении.

Вопрос об овариэктомии решается индивидуально.

Химиотерапию при раке молочной железы используют как компонент комплексного лечения после радикальной операции, а также как самостоятельный метод лечения первично-распространенных форм, рецидивов и метастазов.

Лечебный эффект при раке молочной железы дают алкилирующие препараты (тиофосфамид, циклофосфан), антиметаболиты (5-фторурацил, фторафур, метотрексат), алкалоиды (главным образом винкристин) и противоопухолевые антибиотики — адриамицин (доксорубин, адриабластин) и карминомицин.

Химиотерапия в комплексе с гормональным лечением, назначенным при соответствующих показаниях, дает наилучшие непосредственные и отдаленные результаты, легче переносится больными и должна быть признана наиболее целесообразной.

Глава 18

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ, И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

18.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Неотложные состояния, с которыми приходится встречаться врачу-гинекологу, могут быть обусловлены: 1) кровотечением (неполный аборт, внематочная беременность, апоплексия яичника); 2) опухолью половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы, некроз миоматозного узла); 3) воспалительными заболеваниями (пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит); 4) экстрагенитальными заболеваниями (острый аппендицит, непроходимость кишечника, острый панкреатит и т. д.); 5) осложнением, возникшим после проведения оперативных вмешательств (кровотечение, инфекция и т. д.); 6) коматозными состояниями, обусловленными различными причинами.

Лечение заболеваний, при которых необходима неотложная помощь, требует от врача мобилизации всех его знаний и сил. От его действий зависит жизнь женщины, и это налагает на него особую ответственность.

Заболевание может возникнуть среди полного здоровья вследствие остро развившейся патологии (апоплексия яичника, острый аппендицит) или осложнения заболевания, о котором женщина не знала (перекрут ножки кисты яичника, разрыв трубы, которая содержит плодное яйцо). Именно в этих случаях врачу особенно трудно ориентироваться и установить диагноз. Иногда возникает резкое ухудшение состояния женщины как результат обострения какого-либо заболевания, например воспаления придатков матки.

В связи с анатомической близостью внутренних половых органов к другим органам брюшной полости нередко возникает необходимость консультации с различными специалистами. Осмотр больной совместно с общим хирургом и терапевтом (если такая возможность имеется) делает исследование более полноценным и установление правильного диагноза более вероятным.

Подробный анамнез позволяет врачу в какой-то мере ориентироваться, с каким заболеванием он имеет дело. После расспроса производится общий осмотр и исследование органов грудной клетки. Затем приступают к исследованию органов брюшной полости. Для диагностики неотложных состояний очень большое значение имеет первичный осмотр, так как в дальнейшем симптомы заболевания могут измениться.

Организм владеет ограниченным набором реакций, и состояния, требующие неотложной помощи, проявляются несколькими довольно ярко выраженными симптомами: болью, напряжением мышц живота, симптомами раздражения брюшины, тошнотой, рвотой, кровотечением, обморочным состоянием, шоком. Эти симптомы встречаются при ряде заболеваний, которые требуют оперативного лечения.

В гинекологической практике симптомы острого живота наиболее часто возникают при разрыве трубы, содержащей плодное яйцо, апоплексии яичника, перекруте ножки кисты или опухоли яичника, некрозе миоматозного узла, неполном аборте, нагноении придатков матки. Уже перечень этих заболеваний (каждое из которых следует исключить) позволяет ориентироваться при осмотре женщины.

Большое значение имеет возраст больной. В климактерическом периоде и постменопаузе, а также у молодых девушек и женщин, не живущих половой жизнью, сразу же можно исключить заболевания, связанные с беременностью и, как правило, с воспалительными процессами, поскольку у этих больных воспаление придатков матки наблюдается редко. Они могут быть связаны с аппендицитом или туберкулезом.

При расспросе больной выявляются факторы, которые оказывают существенную помощь в диагностике. Больная может сообщить, что у нее имеется периодически обостряющееся заболевание: аппендицит, почечная колика, воспаление придатков и т. д. Если больная оперирована по поводу аппендицита, то этот диагноз сразу же исключают. Иногда больная, перенесшая операцию по поводу трубной беременности, указывает, что ее состояние почти такое же, как было тогда. Это следует учитывать, так как возникновение беременности в оставшейся трубе — нередкое явление. Длительное лечение по поводу бесплодия также должно наводить на мысль о возможности внематочной беременности.

Особое внимание следует обратить на менструальную функцию (срок последней менструации, имеется ли задержка, ее

продолжительность, была ли она обычной). При наличии кровянистых выделений надо выяснить, когда они появились, имеется ли болезненность и т. д. При задержке менструации и появлении обильного кровотечения и более можно предполагать неполный аборт. Скудные кровянистые выделения, появляющиеся в срок, несколько раньше или позже ожидаемой менструации, наводят на мысль о внематочной беременности, прерывающейся по типу трубного аборта. Наличие обильных менструаций и появление межменструальных кровотечений заставляют думать о подслизистой миоме матки.

Многочисленные операции, перенесенные больной в прошлом, могут привести к спаечной болезни. Нередко очередной болевой приступ при наличии спаечной болезни является поводом к повторной операции, которая только ухудшает состояние больной.

Очень важно детально расспросить больную о том, в какой последовательности и как длительно развивались симптомы настоящего заболевания, поскольку это может дать представление о характере его.

Большое значение для уточнения диагноза имеют общее состояние и положение больной в постели. При внутрибрюшном кровотечении больная вялая, адинамичная, лежит пластом. Лицо бледное, губы цианотичные, пульс частый мягкий, артериальное давление снижено. При кишечной непроходимости больная неспокойна, чаще лежит на боку с коленями, подтянутыми к животу. При остром панкреатите она все время меняет положение из-за сильных болей, стараясь найти наиболее удобную позу. При перекруте ножки опухоли общее состояние, как правило, мало нарушено. Артериальное давление держится на нормальных цифрах. Пульс учащается рефлекторно из-за болей. Нередко повышается температура тела. Частый пульс — признак анемии, кровотечения, перитонита. При ряде заболеваний (острый аппендицит, болевая форма апоплексии яичника) пульс в начальной стадии может оставаться нормальным. Если частота его не соответствует температуре тела, то можно думать о перитоните.

Расстройство дыхания проявляется в виде одышки, которая часто сопровождает внутрибрюшное кровотечение и острый живот.

Нарушения функций нервной системы, проявляющиеся затемнением сознания или бредом, обусловлены кровопотерей или тяжелой интоксикацией.

Температура тела не всегда соответствует тяжести состояния и может меняться в зависимости от ряда факторов. При внематочной беременной она, как правило, нормальная или субфебрильная, при аппендиците субфебрильная, при перитоните высокая. Однако мы наблюдали больных, у которых перитонит протекал с нормальной температурой тела.

Б о л и. Состояние, требующее неотложной помощи, проявляет-

ся болями. Они возникают вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры полых органов, в результате нарушения кровообращения в тех или иных органах. Именно резко выраженный болевой синдром заставляет женщину обращаться к врачу.

Следует выяснить локализацию и иррадиацию болей, оценить их постоянство, интенсивность, характер и начало. Нередко это дает возможность составить представление о причине появления болей.

По характеру и интенсивности болей нередко можно судить о том, какое заболевание имеет место (табл. 18.1).

К р о в о т е ч е н и е. Наружное кровотечение может быть обусловлено абортom, подслизистой миомой или аденомиозом матки, дисфункцией яичников, распадом злокачественных опухолей.

Внутренние кровотечения у большинства больных связаны с трубной беременностью, реже с апоплексией яичника. Совсем редко они обусловлены экстрагенитальным заболеванием, но этому, как правило, предшествует травма. Если симптомы внутрибрюшного кровотечения возникают у женщины детородного возраста, то прежде всего следует думать о прервавшейся трубной беременности.

Р в о т а появляется в результате того, что происходит раздражение нервных окончаний париетальной брюшины и брыжейки

Т а б л и ц а 18.1 Характер болевого синдрома при патологии в брюшной полости

Причина болей	Характер болей
Прервавшаяся трубная беременность по типу трубного аборта Разрыв трубы	Схваткообразные боли внизу живота, больше с пораженной стороны Острые внезапные боли с пораженной стороны, потеря сознания
Перекут ножки опухоли яичника	Резкие внезапные боли внизу живота. Часто сопровождается тошнотой и рвотой
Некроз миоматозного узла Острый аппендицит	Постепенно нарастающие боли Боли в правой подвздошной области. Иногда начинаются в эпигастрии, а затем локализуются в правой подвздошной области
Перфоративная язва Почечная колика	Интенсивные внезапные (кинжальные) боли Острые приступообразные боли в боковых отделах живота (больная мечется в постели). Иррадиация по внутренней поверхности бедер в пах, половые органы
Непроходимость кишечника	Острые схваткообразные боли, ослабевающие при давлении на живот
Тромбоз мезентериальных сосудов Перитонит	Резкие боли по всему животу Боли различной интенсивности и локализации
Острый панкреатит	Интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией влево и за грудину. Опоясывающие боли

(аппендицит, перекрут ножки опухоли яичника, кишечная непроходимость). Тошноту следует расценивать как симптом, равнозначный рвоте. Порог раздражения, необходимый для возникновения рвоты, различен. То, что у одной больной вызывает рвоту, у другой — только тошноту.

Характер рвоты уже может указывать на заболевание. Как правило, при острых хирургических заболеваниях, внематочной беременности, аппендиците, перекруте ножки опухоли имеет место однократная рвота. При неукротимой рвоте следует заподозрить пищевую токсикоинфекцию. Мучительная повторная рвота чаще всего служит признаком острого панкреатита.

Расстройство стула может сопровождать перекрут ножки опухоли яичника или аппендицит. Частый жидкий стул в большинстве случаев связан с желудочно-кишечными заболеваниями (колит, дизентерия).

При тяжелых острых заболеваниях брюшной полости язык сухой, обложен, что обусловлено обезвоживанием организма.

Дизурические явления нередко сопровождают ряд патологических состояний. При остром воспалении придатков матки может иметь место частое болезненное мочеиспускание вследствие вовлечения в процесс мочевого пузыря. Миоматозный узел, исходящий из передней стенки матки, нередко механически раздражает мочевой пузырь и вызывает учащенное мочеиспускание. Следует обращать внимание на цвет мочи, так как после приступа почечной колики может возникнуть макрогематурия. При прервавшейся внематочной беременности также может наблюдаться учащенное или болезненное мочеиспускание.

Симптомы раздражения брюшины. Большое значение в распознавании острых заболеваний брюшной полости имеют симптомы раздражения брюшины.

При положительном симптоме Щеткина — Блюмберга надо выяснить, в чем его причина, и при нарастании явлений раздражения брюшины произвести пробное чревосечение.

Симптом мышечной защиты при различных заболеваниях выражен неодинаково. Так, при апоплексии яичника он значительно слабее, чем при аппендиците. При апоплексии яичника нередко можно пальпировать правые придатки, тогда как при аппендиците напряжение мышц в этой области таково, что пальпировать придатки не удается.

Основную роль в диагностике заболеваний внутренних половых органов женщины играет пальпация и как разновидность ее бимануальное исследование (влагалищное и ректальное). Большое значение при остром животе имеет перкуссия и аускультация. Пальпация живота позволяет определить состояние брюшной стенки, размеры и границы опухоли, если она выходит за пределы малого таза. Бимануальное исследование дает представление о состоянии внутренних половых органов.

Путем пальпации можно выявить воспалительные изменения в малом тазе, диагностировать опухоль матки и ее придатков,

решить вопрос о характере этой опухоли, так как при разных опухолях пальпаторные данные различны. Пальпация имеет тот недостаток, что зависит от индивидуальных способностей врача. В тех случаях, когда пальпация не дает возможности установить диагноз, прибегают к дополнительным методам исследования.

Большую помощь при дифференциальной диагностике оказывает подсчет количества лейкоцитов, который при подозрении на острый аппендицит должен производиться в динамике через 1—2 ч несколько раз. Нарастание содержания лейкоцитов является фактом, свидетельствующим в пользу острого аппендицита. Однако нередко случаи, когда этот феномен не наблюдается. В отсутствие нарастания лейкоцитоза нельзя полностью отвергнуть диагноз острого аппендицита. При остром воспалении придатков матки также может иметь место выраженный лейкоцитоз, однако почасового нарастания его не происходит.

Для диагностики важно не столько наличие отдельных симптомов, сколько выявление их в комплексе с другими признаками болезни, развитие их в определенной очередности. Сочетание отдельных, хотя и неспецифических симптомов приобретает черты специфичности. Так, кровянистые выделения из половых органов являются симптомом ряда гинекологических заболеваний, но если при этом имеются указания на обмороки, то диагноз внематочной беременности становится почти очевидным.

Если установлен диагноз, при котором требуется операция, то больную следует срочно госпитализировать.

Необходимо сократить формальные процедуры, предшествующие поступлению больной в стационар, и немедленно доставить ее в операционную.

Наличие срочных показаний к операции часто не дает возможности провести детальное предоперационное обследование и подготовку, однако при любых обстоятельствах определение группы крови и резус-принадлежности обязательно. Если же состояние больной позволяет, то следует произвести анализ крови и мочи, а также совместный осмотр с терапевтом и анестезиологом для решения вопроса о методе обезболивания.

При тяжелом состоянии больной одновременно в срочном порядке следует проводить как анестезиологические, так и реанимационные мероприятия. Это способствует успешности терапии.

18.2. ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

При ушибах в области наружных половых органов появляются обширные гематомы. Лечение их заключается в создании покоя, местном применении холода. В дальнейшем проводят рассасывающую терапию. В случае увеличения гематомы необходимо рассечь кожу в области наибольшего выпячивания, удалить свертки крови ишить кровоточащие сосуды. При свежей гематоме рану можно зашить наглухо.

Если после травмы имеются признаки инфицирования, то тактика должна быть другой. После вскрытия, опорожнения гематомы и ушивания кровоточащих участков рану ушивают, полость гематомы дренируют. В течение нескольких дней полость промывают дезинфицирующими растворами (перекись водорода, диоксидин, раствор фурацилина 1:5000 и др.). Следует установить два дренажа для введения и оттока дезинфицирующей жидкости. После того как промывная жидкость становится прозрачной, дренажи удаляют.

При ранении наружных половых органов, которое возникает во время падения на острые предметы, необходимо, согласно общехирургическим правилам, осуществить первичную обработку и ушивание раны.

Иногда после полового сношения происходят глубокие разрывы влагалища вплоть до разрыва сводов, проникающего в брюшную полость. Такие разрывы сопровождаются обильным кровотечением. Ушивание разрывов влагалища следует производить в срочном порядке, обязательно под наркозом. Очень важно, учитывая обильное кровоснабжение влагалища, убедиться в том, что обшиты все кровоточащие участки ткани и полностью восстановлена целостность стенок влагалища. Особенно опасны разрывы боковых стенок влагалища, так как в этом месте проходят влагалищные ветви маточной артерии.

Наиболее тяжелые травмы возникают при аномалиях развития влагалища (полная или частичная аплазия его). У таких больных возможны одновременные тяжелые повреждения уретры и прямой кишки, что также сопровождается обильным кровотечением.

Восстановление целостности травмированных органов нередко представляет значительные трудности.

При возникновении «острого живота» приходится проводить дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями.

18.3. АППЕНДИЦИТ

В организме женщины имеется комплекс анатомо-физиологических условий, способствующих более частому, чем у мужчин, развитию аппендицита. Гинеколог, к которому нередко прежде всего обращается женщина с жалобами на боли в животе, должен быть хорошо знаком с клиникой острого аппендицита.

Среди острых хирургических заболеваний наибольшее число ошибок совершается при остром аппендиците, особенно при ретроцекальном положении отростка (рис. 18.1). Диагноз острого аппендицита может быть установлен при наличии гинекологического заболевания. Это обусловлено анатомо-физиологической близостью аппендикса и правых придатков матки.

При тазовом расположении отростка он локализуется близко от правых придатков матки и связан с ними сосудисто-нервными элементами, поэтому подвергается изменениям, связанным с мен-

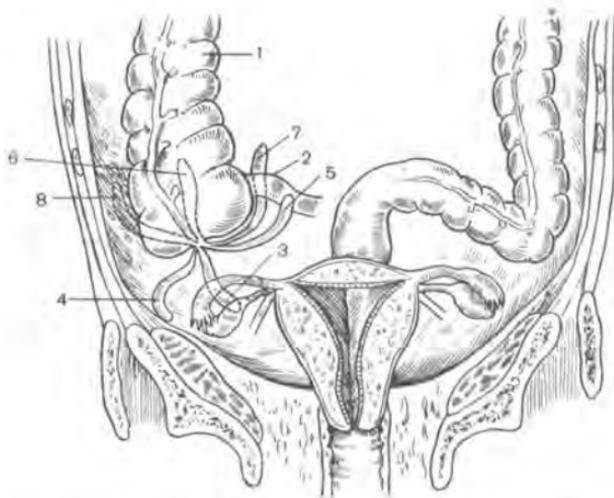


Рис. 18.1. Варианты расположения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

1 — слепая кишка; 2 — конечный отдел подвздошной кишки; 3 — тазовое положение отростка (переходя пограничную линию, спускается вниз и медиально в малый таз); 4 — подвздошное положение отростка (в правой подвздошной ямке); 5 — медиальное положение отростка (восходящее направление отростка с расположением его верхушки в области мыса и крестца); 6 — ретроцекальное положение отростка (лежит позади слепой кишки и имеет восходящее направление); 7 — положение отростка под терминальным отделом подвздошной кишки; 8 — латеральное (ретроперитонеальное) положение отростка (находится позади слепой кишки и погружен в толщу забрюшинной клетчатки).

струальным циклом: периодической гиперемии, механическому давлению со стороны набухающего яичника, воздействию гормона из лопнувшего фолликула. Все это может привести к обострению хронического аппендицита.

18.3.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина зависит от разнообразных причин: возраста, расположения отростка, наличия сопутствующих заболеваний.

Острый аппендицит начинается внезапно болями в животе. Нередко они сопровождаются тошнотой и рвотой. Иногда наблюдаются задержка стула и понос. Боли обусловлены раздражением нервных окончаний, расположенных в стенке червеобразного отростка, покрывающей его брюшине и брыжейке. Интенсивность их зависит от индивидуальных особенностей организма и изменений в брюшной полости.

При остром аппендиците боли чаще всего возникают в правой подвздошной области. Локализация их соответствует положению червеобразного отростка. У женщин острый аппендицит нередко начинается болями в подложечной области. Локальная болезненность и мышечное напряжение — основные признаки острого аппендицита. При этом наблюдается дефанс передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. При наличии деструктивных форм аппендицита симптомы заболевания выражены более интенсивно.

18.3.2. ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для диагностики острого аппендицита важны данные первичного осмотра больной, так как часто спустя несколько часов клинические проявления меняются и это значительно затрудняет установление диагноза (при подозрении на острый аппендицит нельзя назначать слабительные, так как они способствуют усилению воспалительного процесса в червеобразном отростке).

Известно большое число симптомов, помогающих установить диагноз острого аппендицита. О симптоме мышечной защиты сказано выше. Болевые симптомы основаны на том, что при раздражении и воспалении брюшины чувствительность ее повышается.

Симптом Щеткина — Блюмберга появляется уже в первые часы острого аппендицита. Интенсивность его может зависеть от расположения отростка. Этот симптом — один из наиболее часто встречающихся и важных признаков острого аппендицита.

Симптом Ровзинга. При надавливании левой рукой на брюшную стенку в левой подвздошной области соответственно расположенную нисходящей части толстой кишки, а правой — на вышележащий отрезок толстой кишки возникают боли в правой подвздошной области вследствие перемещения газов в толстой кишке и смещения внутренних органов. Этот симптом при остром аппендиците встречается так же часто, как и симптом Щеткина — Блюмберга.

Симптом Ситковского. В положении на левом боку появляются или усиливаются боли в правой подвздошной области в результате смещения слепой кишки и натяжения брыжеечки отростка.

Симптом скольжения (симптом Воскресенского). Кончиками II, III и IV пальцев правой руки во время выдоха при наиболее расслабленной брюшной стенке врач быстро производит поперек натянутой рубашки скользящее быстрое движение косо вниз от подложечной к правой подвздошной области, умеренно надавливая на живот. В момент окончания скольжения отмечается резкое усиление аппендикулярных болей.

Симптом Образцова. Указательным и средним пальцами правой руки слегка придавливают брюшную стенку в правой подвздошной области. При подъеме выпрямленной правой ноги возникает боль в правой подвздошной области.

У гинеколога подозрение на острый аппендицит возникает в тех случаях, когда при бимануальном исследовании не выявляется никакой патологии. Изменения в области придатков матки могут не обнаруживаться, если: 1) патологии действительно нет; 2) нарушение имеются, но напряжение передней брюшной стенки и раздражение брюшины не позволяют ее выявить; 3) произошел разрыв капсулы опухоли, и опухоль перестала определяться.

Острый аппендицит приходится дифференцировать

от трубной беременности, разрыва и перекрута кист и опухолей яичника, острого сальпингоофорита, пиосальпинкса, апоплексии яичника. При глубоком тазовом расположении отростка острый аппендицит трудно отличить от пельвиоперитонита генитального происхождения.

При деструктивном аппендиците нередко в процесс вовлекаются маточные трубы и яичники.

Принципиальное значение имеет дифференциальная диагностика болевой формы апоплексии яичника, воспаления придатков матки и острого аппендицита, так как терапия этих заболеваний различна. Могут наблюдаться два заболевания, например острый аппендицит и перекрут ножки опухоли яичника. Описаны случаи двусторонней апоплексии яичников в сочетании с острым аппендицитом и другой патологией.

Установить диагноз помогают изучение характера жалоб и данные анамнеза. Плохо собранный гинекологический анамнез нередко является источником ошибок. Аппендицит не сопровождается нарушением менструальной функции.

В некоторых случаях можно ориентироваться на картину крови. При остром аппендиците нарастание количества лейкоцитов происходит быстро, буквально по часам. Лейкоцитарная формула отражает характер и распространение воспалительного процесса. При перекруте ножки опухоли яичника содержание лейкоцитов также может увеличиться, однако меньше, чем при аппендиците.

Данные влагалищного и ректального исследования способствуют уточнению диагноза, поскольку могут выявиться патологические изменения внутренних половых органов.

Дифференцировать аппендицит от заболеваний придатков матки помогает также симптом Промптова. Производят ректальное исследование: если при исследовании прямокишечного углубления возникает болезненность, а при поднимании матки ее нет, то имеет место аппендицит.

18.4. ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Острая непроходимость кишечника является следствием патологических процессов, происходящих в брюшной полости. Этому заболеванию посвящены обширные разделы в литературе по вопросам общей хирургии. Мы приводим только самые общие сведения.

Непроходимость кишечника подразделяется на механическую (обтурационную, странгуляционную) и динамическую.

Клиническая картина механической непроходимости зависит от места сдавления или заворота кишечника. Непроходимость может быть полной или частичной. Во время полной непроходимости развиваются боли, рвота, вздутие кишечника, задержка стула и газов. Заболевание начинается остро. Боли объясняются усиленной перистальтикой кишок и носят острый при-

ступообразный характер. Для обтурационной непроходимости типичны одновременное появление боли и урчания в кишечнике.

При непроходимости в высоких отделах тонкого кишечника наблюдается обильная рвота. При непроходимости толстого кишечника ее может не быть. Задержка стула и газов отмечается значительно позднее. Вздутие кишечника также зависит от места непроходимости. При непроходимости толстого кишечника оно может достигать большой выраженности. При перкуссии выявляется резкий тимпанит. Петли тонкого кишечника иногда располагаются друг над другом в виде лесенки.

При странгуляционной непроходимости общее состояние более тяжелое, чем при обтурационной.

Парез кишечника (паралитическая непроходимость) возникает часто после операции (вздутие, отсутствие перистальтики). При длительной непроходимости и вздутии кишечника резко нарушается питание кишечной стенки вследствие натяжения и сжатия сосудов, проходящих в ней, что может повести к некрозу кишечной стенки. В связи с этим своевременное выполнение операции обязательно.

Следует отметить, что обтурационная непроходимость нередко возникает после гинекологических операций (спайки, перегиб кишечной петли) и трактуется как послеоперационная паралитическая непроходимость. Странгуляционная непроходимость характеризуется ущемлением кишки в грыжевых воротах, заворотом кишки, инвагинацией. При остром начале такой непроходимости часто возникает шок. Почти в половине случаев кишечная непроходимость вызывается ущемлением кишки в грыжевых воротах.

Гинекологу важно знать, что опухоли, располагающиеся в малом тазе, могут служить причиной обтурационной непроходимости толстого или тонкого кишечника. Опухоли матки и придатков сами по себе редко вызывают непроходимость, но наличие спаечного процесса, который сопровождает их, вовлечение в процесс кишечной стенки чаще всего обуславливают явления частичной непроходимости (колика, урчание, рвота). При частичной непроходимости вначале боли незначительные, затем наблюдаются вздутия кишечника, рвота.

Заворот кишки представляет собой перекручивание петли вокруг фиксированной точки (иногда брыжейки). Последствием заворота является странгуляционная непроходимость. Заворот сигмовидной кишки — наиболее частая форма.

Во избежание ущемления кишки во время операции надо ушивать отверстия в сальнике. Следует помнить, что если больная перенесла одну или несколько операций, то может иметь место частичная спаечная непроходимость.

При нарушении функции механизмов, регулирующих нормальную перистальтику кишечника, развивается паралитическая непроходимость. Прекращается перистальтика, возникают вздутие и венозный застой в кишечнике, чувство распирания, рвота, плеск жидкости в кишечнике. Перистальтические шумы отсутст-

вуют. Длительное вздутие вызывает повреждение кишечной стенки, бактерии проникают в брюшную полость. Нарушается водно-солевой обмен. Состояние больной ухудшается, может развиться картина перитонита.

Лечение должно проводиться в общехирургическом стационаре. На начальных этапах возможна консервативная терапия. Высокая клизма, двусторонняя люмбальная блокада по А. В. Вишневскому. В отсутствие эффекта показана операция.

Острая паралитическая непроходимость кишечника, не связанная с каким-либо заболеванием и требующая операции, встречается редко. Часто она сопровождается перитонит, перекрыт ножки опухоли яичника, почечную колику и т. д.

Лечение направлено на устранение причин, вызывающих непроходимость. Желательно вопрос о терапии решать совместно с общим хирургом и при исключении гинекологического заболевания госпитализировать больную в хирургический стационар.

Чисто оперативное устранение причины заболевания ликвидирует непроходимость. В случаях заворота сигмовидной кишки могут помочь высокие клизмы. При паралитической непроходимости производят также новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому.

18.5. ПРОБОДНАЯ ЯЗВА

Заболевание возникает преимущественно у мужчин; у женщин оно встречается редко. Почти всегда имеется «язвенный» анамнез.

Боли в подложечной области возникают внезапно и носят кинжальный характер (содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки попадает на брюшину и вызывает острую реакцию). В начальном периоде нередко бывает рвота. Боли сопровождаются резким ухудшением состояния больной. Отмечается частый малый пульс, холодный пот, падение артериального давления, т. е. возникает болевой шок. Положение больной вынужденное на спине или на боку с приведенными к животу коленями. Вначале температура тела нормальная. Затем, если вовремя не произведена операция, развивается перитонит с характерными его симптомами.

При прободной язве выражено напряжение мышц живота (доскообразный живот) и симптомы раздражения брюшины. Как правило, при перкуссии исчезает печеночная тупость, так как в правом поддиафрагмальном пространстве имеется свободный газ. При рентгенологическом исследовании обнаруживается свободный газ в брюшной полости.

18.6. ТРОМБОЗ СОСУДОВ БРЫЖЕЙКИ

Тромбоз сосудов брыжейки — очень редко встречающееся заболевание. Все же надо помнить о возможности его развития.

Заболевание чаще наблюдается у женщин старше 50 лет,

страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (встречается и в молодом возрасте), атеросклерозом, гипертонической болезнью, ревмокардитом и пороками сердца. Острая непроходимость брыжеечных сосудов обусловлена тромбозом или их эмболией. Чаще всего тромбируются верхняя брыжеечная артерия и ее ветви.

Заболевание развивается остро (реже подостро). Сильные, иногда схваткообразные боли в животе, которые чаще всего локализируются в эпигастральной области или по всему животу, иногда встречается локализация болей в правой половине живота над лобком и т. д., что может служить причиной диагностических ошибок. Наиболее частое возникновение болей в эпигастральной области можно объяснить ишемией и раздражением верхнего брыжеечного сплетения. Больные беспокойны, стонут, просят о помощи, часто меняют положение тела и даже встают. Лицо бледное с цианотичным оттенком. Одновременно с болями в животе возникают рвота и понос. Последний обусловлен бурной перистальтикой кишечника. При дальнейшем развитии заболевания развивается парез кишечника. Иногда наблюдаются понос и рвота с примесью крови.

В начальной стадии заболевания симптомов раздражения брюшины нет, так как она еще не вовлечена в процесс. В дальнейшем возникают вздутие живота и напряжение мышц передней брюшной стенки. В крови резко выражен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

Раннее оперативное лечение способствует улучшению результатов лечения, которые в настоящее время неблагоприятны.

18.7. СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ

В связи с расширением объема операций на органах брюшной полости число больных спаечной болезнью в последнее время значительно возросло. Наиболее часто указанная патология наблюдается после аппендэктомии, нередко после гинекологических операций.

По данным К. С. Симоняна, спаечная болезнь развивается чаще всего после аппендэктомии. Затем эти больные переносят ряд необоснованных операций, которые лишь ухудшают течение заболевания. Многое зависит от индивидуальных особенностей организма, так как спаечная болезнь возникает у небольшого процента оперированных.

Количество спаек не свидетельствует о наличии болезни. Иногда спайки бессимптомны, а иногда наблюдается клиническая картина спаечной болезни.

Спаечная болезнь проявляется болями и явлениями кишечной непроходимости. Она может развиваться непосредственно в послеоперационном периоде или через много лет после операции. По мнению К. С. Симоняна, хронические заболевания внутренних по-

ловых органов женщины приводят к спаечной болезни чаще, чем принято думать.

При наличии острой кишечной непроходимости на почве спаечной болезни больных направляют в общехирургический стационар. При длительном течении болезни приступы болей и явления частичной кишечной непроходимости могут чередоваться с периодами относительно удовлетворительного состояния. Именно эти больные нередко оказываются пациентками гинеколога, так как спаечная болезнь симулирует различные заболевания, в том числе гинекологические. Данные анамнеза помогают уточнить диагноз. Каждая последующая операция приводит к еще большему усилению болевого синдрома, который обусловлен прежде всего тем, что периодически возникает частичная кишечная непроходимость.

При подозрении на спаечную болезнь консультация хирурга обязательна. Таких больных следует лечить и оперировать в хирургическом стационаре. Профилактика спаечной болезни заключается в бережном отношении к тканям и хорошей перитонизации во время операции.

18.8. ОПУХОЛЬ КИШЕЧНИКА ИЛИ БРЫЖЕЙКИ

За опухоль яичника можно принять опухоль, исходящую из кишечника или брыжейки, в тех случаях, если она располагается в малом тазе. Обычно диагноз уточняют только во время операции.

18.9. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Заболевание часто возникает у женщин пожилого возраста. Факторами, предрасполагающими к нему, являются патология желчных путей, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а также нарушения обмена веществ.

Клиническая картина острого панкреатита зависит от степени поражения поджелудочной железы. Установлено, что причиной острого воспаления поджелудочной железы являются патологические изменения ее тканей под воздействием желчи или кишечного содержимого. При активации трипсина происходит самопереваривание железистой и жировой тканей поджелудочной железы и возникает ее некроз.

Различают отечную и деструктивную формы острого панкреатита. При отечной форме заболевание протекает более легко, а при деструктивной наблюдаются общее тяжелое состояние и интоксикация. Панкреатит проявляется внезапно болями в верхней половине живота. Часто они носят опоясывающий характер, иррадируют в левое подреберье, левую лопатку, плечо, поясницу. Боли обусловлены раздражением нервных рецепторов и перерастяжением капсулы поджелудочной железы, которые возникают при ее отеке.

Боли резкие; больные беспокойны, мечутся, постоянно меняют положение. Одновременно с болями начинается рвота, которая обусловлена раздражением солнечного сплетения и повышенной возбудимостью желудка и двенадцатиперстной кишки. Рвота мучительная и не приносит облегчения. При деструктивной форме панкреатита в рвотных массах обнаруживается примесь крови.

Кожа и слизистые оболочки бледны, с цианотичным оттенком. Часто возникает желтуха, связанная с нарушением проходимости желчных путей. Язык сухой, обложен.

В первые часы заболевания, несмотря на сильные боли, живот не вздут, затем наступает парез кишечника. Напряжение брюшной стенки редко выражено значительно; чаще имеет место умеренная ригидность. В дальнейшем может присоединиться перитонит. Температура тела может оставаться нормальной. При нагноении или присоединении перитонита отмечаются высокая температура тела, озноб, лейкоцитоз.

Диагностика заболеваний поджелудочной железы трудна, так как нет специфических симптомов, характерных только для этой патологии. Проводят ряд дополнительных исследований (исследование ферментных систем, лимфангиография, радиоизотопное исследование и т. д.). Однако при тяжелом общем состоянии больной и симптомах острого живота врач не имеет возможности использовать эти методы. Наиболее простым лабораторным исследованием является определение амилазы (диастазы) в моче и крови. Повышение активности диастазы в крови при остром панкреатите имеет диагностическое значение, особенно в первые 3 дня от начала заболевания. Нормальный уровень диастазы 32 ед. в крови и 64 ед. в моче. Определяют также активность трансаминазы, щелочной фосфатазы, фосфоргексоизомеразы, лактатдегидрогеназы.

В начальных стадиях заболевания может быть успешной консервативная терапия. При развитии деструктивных форм рекомендуется операция. Следует отметить, что при остром панкреатите в брюшной полости обнаруживаются рассеянные в большом количестве желтовато-белые, тусклые, большей частью мелкие узелки — участки некроза жировой ткани.

18.10. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Приступ болей при этом заболевании обусловлен возникновением препятствия для оттока мочи из почечной лоханки или мочеточника. Чаще всего почечная колика возникает при наличии камня в мочевых путях.

Приступ почечной колики характеризуется внезапными сильными приступообразными болями в правой или левой половине живота. Боли могут иррадиировать в половую губу, мочевой пузырь, пах, бедро. Симптом Пастернацкого резко положительный. После приступа болей нередко наблюдается гематурия. Часто почечная

колика сопровождается тошнотой и рвотой, а также вздутием кишечника, задержкой стула и газов.

Установлению диагноза помогают анамнестические данные (наличие в прошлом подобных приступов), а также рентгенологическое исследование — экскреторная урография, при которой обнаруживается камень в мочеточнике. При наличии рентгеногативного камня можно выявить нарушение пассажа мочи.

При почечной колике нередко возникают симптомы, симулирующие острый аппендицит, что является следствием передачи болевого рефлекса с правой почки и мочеточника на слепую кишку и червеобразный отросток.

Камень, расположенный в нижних отделах мочеточника, необходимо дифференцировать от воспалительных заболеваний придатков матки. Влагалищное и ректальное исследования позволяют уточнить диагноз.

18.11. ДИСТОПИРОВАННАЯ ПОЧКА

При дифференциальной диагностике не следует забывать о возможности дистопии почки.

При появлении болей в брюшной полости можно принять дистопированную почку за опухоль. Следует помнить, что почка располагается забрюшинно и имеет характерную бобовидную форму. Но очертания ее могут быть и другими. При подозрении на дистопию почки показана экскреторная урография или ультразвуковое исследование.

18.12. ДИСТОПИРОВАННАЯ СЕЛЕЗЕНКА

В редких случаях опухоль яичника может симулировать дистопированная селезенка. При нормальных условиях селезенка хорошо фиксирована в левом подреберье. В связи с ослаблением связочного аппарата по тем или иным причинам селезенка может сместиться и располагаться в любом участке брюшной полости. При этом появляется опасность перекрута ее сосудистой ножки. При смещении селезенки в той или иной степени нарушается ее питание, вследствие чего возникают некрозы и воспалительные изменения, которые приводят к образованию спаек с окружающими органами.

В литературе описаны случаи, когда имели место экстралиенальные добавочные селезенки массой до 500 г. Добавочная селезенка может располагаться в любом месте, в частности в малом тазе, яичниках, толще большой половой губы. Добавочные селезенки возникают в процессе эмбрионального развития.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

19.1. ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

В процессе операции могут возникнуть непредвиденные осложнения, в основном связанные с ранением соседних органов и кровотечением. Ранение мочевого пузыря, мочеточника, петли кишки происходит, как правило, при наличии спаек в малом тазу, в некоторых случаях при грубых манипуляциях оператора.

При ранении мочевого пузыря на него накладывают швы, как указано далее. Ранение мочеточника, как правило, происходит в его тазовых отделах. В этих случаях накладывают уретероцистоанастомоз, уретероуретероанастомоз. Если возникает сомнение в целостности мочевыводящих путей, то надо ввести в вену 5 мл 0,4 % раствора метиленового синего, что облегчает распознавание травмы; через 2—3 мин окрашенная моча поступает из места ранения мочевого пузыря или мочеточника. При ранении петли кишки накладывают кишечный шов.

При возникновении кровотечения надо развести края раны и обшить кровоточащие участки. Если кровотечение носит диффузный характер, то для покрытия кровоточащих участков используют камбутек (полимерная композиция, обладающая гемостатическими свойствами), гелевин, импрегнацию биологического клея, гемостатическую губку. При нарушении свертывания крови поступают так, как описано в разделе 3.2.

В некоторых случаях приходится перевязывать внутреннюю подвздошную артерию.

19.1.1. ПЕРЕВЯЗКА ВНУТРЕННЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ

В число экстренных показаний к перевязке внутренней подвздошной артерии в акушерстве входит массивное кровотечение из сосудов малого таза и параметрия, которое чаще всего возникает при разрыве матки, переходящем на нижний сегмент и влагалище. Такие разрывы ведут к развитию массивных, быстро прогрессирующих гематом в параметрии, затрудняющих ориентировку в тканях и гемостаз.

В оперативной гинекологии перевязку внутренней подвздошной артерии можно условно разделить на экстренную и плановую. Показанием к срочной перевязке является продолжающееся кровотечение из сосудов малого таза, поврежденных при оперативной вмешательстве, если его невозможно остановить другими методами и средствами.

Плановую перевязку указанной артерии производят как предварительный этап в тех случаях, когда предстоящая операция угрожает развитием массивного кровотечения или когда перевязка позволяет радикальнее и без значительной кровопотери произвести планируемую операцию (хорионэпителиома, рак шейки матки).

Некоторые авторы рекомендуют перевязывать внутреннюю подвздошную артерию во всех случаях расширенной пангистерэктомии. Мы считаем, что перевязка подвздошной артерии при операции Вертгейма является скорее исключением, чем правилом. Следует помнить, что перевязка внутренней подвздошной артерии — сложное вмешательство, сопряженное с определенным риском и опасностью ранения подчревной вены, которое нередко бывает смертельным. Кроме того, при перевязке этой артерии из кровообращения выключается поверхностная пузырная артерия, отходящая от нее и питающая в основном мочевого пузырь. Следовательно, возможно нарушение трофики мочевого пузыря с образованием послеоперационного пузырно-влагалищного свища.

Техника операции. Для того чтобы отыскать внутреннюю подвздошную артерию, необходимо широко вскрыть параметрий и найти наружную подвздошную артерию, которая располагается спереди и латерально. Двигаясь по ходу артерии ретроградно в направлении вверх и медиально, достигают места деления общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю. Освободив внутреннюю подвздошную артерию от жировой клетчатки на протяжении 3—4 см, можно приступить к ее перевязке. Для этого под артерию на игле Дешана проводят капроновую лигатуру и дважды перевязывают артерию, не пересекая ее.

Важно помнить, что под внутренней подвздошной артерией проходит одноименная вена, особенностью анатомического расположения которой является интимное прилегание ее задней стенки к костям таза. Это обстоятельство практически полностью исключает любую возможность ее перевязки или прошивания на протяжении. Более того, ранение вены полностью исключает перечисленные способы остановки кровотечения, так как только усугубляет его тяжесть. Ввиду анатомических особенностей и тонкостенности вены наложение на нее сосудистого шва является малоэффективным и технически сложным.

19.1.2. НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

При ранении мочевого пузыря растягивают рану нежными зажимами, чтобы определить, каковы размеры повреждения и где находятся устья мочеточников.

Раневое отверстие осторожно растягивают, чтобы придать ему вид поперечной щели. Первые швы с обеих сторон наклады-

вают на стенку мочевого пузыря, отступя 0,5—1 см от края раны, в виде полукисета и после снятия зажимов используют их как держалки.

Первый этаж швов накладывают на мышечную оболочку мочевого пузыря, не прокалывая его слизистую оболочку. Второй этаж узловатых швов располагают над первым так, чтобы они находились в промежутках между швами первого этажа. Линию швов прикрывают брюшиной пузырно-маточной складки. Как правило, мочевой пузырь заживает хорошо. Для проверки его целостности после наложения швов его наполняют раствором, подкрашенным метиленовым синим.

Более сложно восстанавливать целостность мочевого пузыря в случае ранения его при влагалищных операциях. Необходимо широко раскрыть влагалище в зеркалах и наложить на края раны нетравмирующие зажимы. Обязательно надо видеть устья мочеточников, чтобы не захватить их в шов (при необходимости производят их катетеризацию). Рану ушивают двухрядным швом: кетгутом, не захватывая слизистой оболочки, и затем тонкой капроновой нитью. Если есть возможность, то шов укрывают стенками влагалища.

При ранении мочеточника (прокол, пристеночное повреждение) рану надо ушить тонким кетгутом, лучше на атрауматичной игле, и вынести дренажную трубку из экстраперитонеального пространства наружу.

При перерезке мочеточника накладывают уретероуретероанастомоз конец в конец. Концы мочеточников срезают косо. Анастомоз выполняют на катетере, который нужно оставлять на 7—8 сут. Мочеточник сшивают узловатыми швами атрауматичными иглами хромированным кетгутом № 000 или 0000, не захватывая слизистой оболочки. Д. В. Кан подчеркивает, что нити надо затягивать только до соприкосновения рассеченных концов мочеточников. Забрюшинное пространство следует дренировать.

19.1.3. КИШЕЧНЫЙ ШОВ

При ранении брюшинного покрова кишки накладывают серозный или серозно-мышечный шов тонкой капроновой нитью. При вскрытии просвета кишки мелкие отверстия зашивают кисетным швом из кетгута через все слои кишки и над ним накладывают Z-образный шов из тонкого капрона.

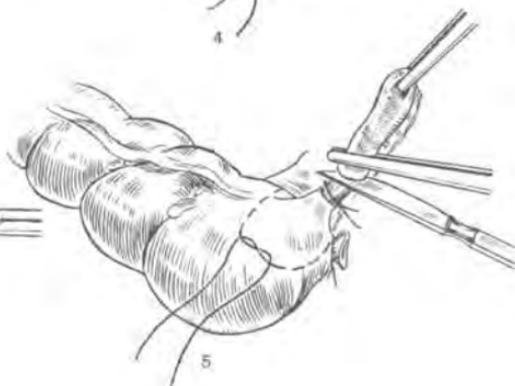
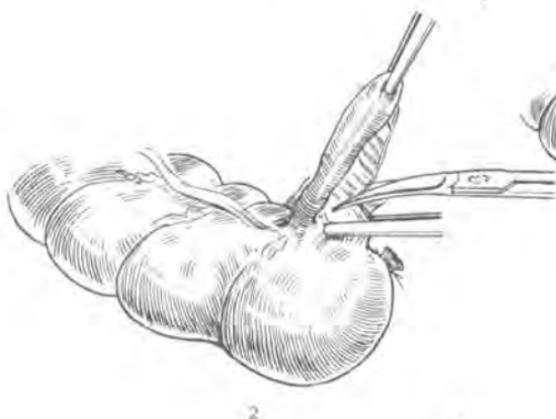
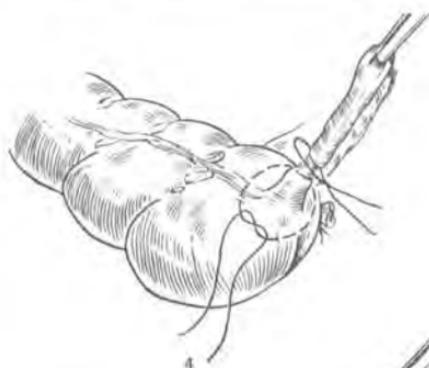
При значительных размерах дефекта кишки, проникающей в полость, швы накладывают в два этажа: первый — через все слои стенки кишки, второй — серозно-мышечный. Швы накладывают в поперечном направлении, чтобы не вызывать сужения кишки.

Манипулируя с кишкой, надо соблюдать строжайшую асептику. Место манипуляции обкладывают пленкой или марлевыми салфетками. Перчатки после ушивания кишки (при ранении ее просвета) надо менять.

19.1.4. АППЕНДЭКТОМИЯ

Захватив слепую кишку марлевой салфеткой, ее извлекают в рану. В месте впадения подвздошной кишки в слепую отходит червеобразный отросток. Его выводят в рану, на проксимальный конец брыжейки накладывают зажим Пеана как держалку, затем иглой Денаша проводят нить у основания брыжейки, перевязывают ее и отсекают. В лигатуру должна попасть артерия, питающая червеобразный отросток. Можно наложить зажимы на брыжейку, затем рассечь ее и перевязать.

На расстоянии около 2 см от основания червеобразного отростка на серозно-мышечный слой стенки слепой кишки накла-



дывают кисетный шов тонкой капроновой нитью, не завязывая его. Червеобразный отросток раздавливают у основания крепким зажимом, перевязывают раздавленный участок капроновой нитью и обрезают ее концы. Выше места перевязки на червеобразный отросток накладывают второй зажим. Червеобразный отросток, отсеченный скальпелем между лигатурой и зажимом, удаляют.

Культю отростка обрабатывают 5 % спиртовым раствором йода. Анатомическим пинцетом ее погружают в слепую кишку и завязывают кисетный шов. Поверх него дополнительно накладывают Z-образный шов (рис. 19. 1).

19.2. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

19.2.1. КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внутрибрюшное кровотечение может быть связано с техническими трудностями или погрешностями в проведении операции, соскальзыванием лигатур, недостаточно тщательным гемостазом.

Иногда во время операции накладывают лигатуры на отечные ткани. После удаления опухоли отек спадает, лигатуры ослабевают.

Чаще всего после удаления придатков матки возникает кровотечение из воронкотазовой связки. Если в лигатуру не захватывается венозное сплетение, то появляется кровотечение, которое служит причиной повторных лапаротомий. Нередко кровотечение

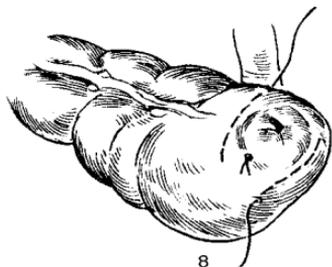
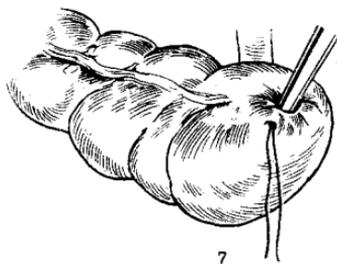


Рис. 19.1. Аппендэктомия.

1 — рассечение брыжейки отростка; 2 — брыжейка отростка рассечена до его основания; 3 — сдавливание отростка у его основания зажимом. Наложение капронового серозно-мышечного кисетного шва на стенку слепой кишки; 4 — наложение кетгутовой лигатуры на сдавленное место отростка; 5 — наложение зажима выше места перевязки отростка и отсечение его под зажимом; 6 — отросток удален; 7 — погружение культи отростка в кисетный шов; 8 — наложение поверх кисетного шва Z-образного капронового шва.

возникает из плохо перевязанной собственной связки яичника.

Кровоточивость тканей может быть обусловлена нарушением свертывания крови вследствие большой кровопотери или при нераспознанном заболевании крови. До операции необходимо исследовать систему гемостаза и принять меры в зависимости от факторов его нарушения.

Для своевременного распознавания кровотечения необходимо тщательное наблюдение за больной в послеоперационном периоде. Наибольшее значение для диагностики имеют изменение общего состояния больной, снижение артериального давления и учащение пульса, появление цианоза. После травматичных операций (общирный спаечный процесс, удаление большого числа миоматозных узлов при консервативной миомэктомии и т. д.) следует дренировать брюшную полость. При наличии дренажа кровь поступает из брюшной полости наружу. Надо сравнить количество гемоглобина в этой крови и в крови, взятой из пальца. Если разницы в цифрах нет, то показана релапаротомия.

В отсутствие дренажа перкуссия, ультразвуковое исследование или обзорный снимок органов брюшной полости свидетельствуют о наличии там свободной жидкости. В случае невозможности исключить брюшное кровотечение показана релапаротомия. После экстирпации матки можно использовать простой прием: ввести два пальца во влагалище и по ним металлический катетер в брюшную полость: при наличии кровотечения кровь сразу же струйно поступает наружу.

При повторном чревосечении должен быть обеспечен широкий оперативный доступ, что облегчает нахождение и перевязку кровоточащих участков ткани.

Под апоневротическая гематома возникает, как правило, при недостаточном гемостазе мышц передней брюшной стенки. Особенно легко травмировать сосуды, питающие мышцы, при поперечном надлобковом разрезе. Гематома нередко достигает значительных размеров, вызывает чувство распирания и боли. При пальпации на передней брюшной стенке определяется как бы «подушка» мягковатой консистенции. Содержание гемоглобина может снизиться, пульс участиться. Температура тела остается нормальной, пока гематома не нагноится. Признаки гематомы выявляются быстро, нередко в первые часы после операции. Для ее ликвидации швы распускают (процедуру проводить под наркозом), свертки крови удаляют, кровоточащие участки обшивают, рану зашивают наглухо. Если гематому вовремя не опорожнить, то происходит ее нагноение. В таких случаях после эвакуации гноя больную ведут как больную с гнойной инфекцией.

При возникновении кровотечения из сосудов подкожной жировой клетчатки или кожи их следует зажать и перевязать.

После влагалищных операций тоже могут возникать опасные кровотечения. Если они не носят профузного характера, то для

их остановки можно ограничиться тампонадой влагалища. Если же тампонада неэффективна, то необходимо обшить кровоточащие сосуды. Приходится снимать швы, наложенные на промежность, чтобы найти и обшить кровоточащий сосуд, а затем вновь ушить рану. Как правило, заживление раны происходит первичным натяжением.

Кровотечение может возникнуть после экстирпации матки. В этих случаях купол влагалища обнажают в зеркалах и, если обнаруживают кровоточащие участки плохо обшитых стенок влагалища, то можно наложить зажимы, оставив их на 24 ч. Зажимы снимают прямо на кровати. Кровотечение, как правило, не возобновляется. Если влагалище во время операции обшивали кетгутом, то кровотечение может возникнуть на 6—8-е сутки после разволокнения и рассасывания нити. В этих случаях поступают так как указано выше.

Если оператор убеждается, что кровь поступает из брюшной полости, то показано чревосечение.

Профилактикой возникновения послеоперационных кровотечений является тщательный гемостаз во время операции, при необходимости с использованием полимерных материалов и гемостатической губки.

19.2.2. ЭВЕНТРАЦИЯ

Как правило, эвентрация возникает на 6—8-е сутки после операции обычно у ослабленных больных с нарушением обмена веществ. Часто ей предшествует стойкий парез кишечника. Через шов на передней брюшной стенке выделяется значительное количество мутной серозной жидкости. При этом нередко рану в закрытом состоянии сохраняют только кожные швы. После снятия нескольких швов на коже можно легко установить диагноз, так как в рану предлежат петли кишечника или сальник. Как правило, края раны чистые, без гнойных налетов. Показано срочное повторное наложение швов на брюшную стенку. Необходимо наложить несколько прочных шелковых или капроновых провизорных лигатур через все слои брюшной стенки, значительно отступя от краев раны, затем послойно ушить рану и после наложения швов завязать лигатуры. Снимать провизорные лигатуры надо на 12—14-е сутки после операции. Заживление раны часто происходит первичным натяжением. Рану после эвентрации можно ушить капроновыми нитями через все слои брюшной стенки.

19.2.3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА

В послеоперационном периоде нередко развивается парез кишечника. Иногда он сопровождается расширением желудка. Парез обусловлен операционной травмой и нарушением водно-электролитного баланса. Часто к парезу кишечника приводит ги-

покалиемя, развивающаяся вследствие значительной кровопотери во время операции или обильной рвоты в раннем послеоперационном периоде.

Чаще всего парез кишечника возникает на 2—3-и сутки после операции. Это состояние требует соответствующей терапии, так как паретически расширенные кишки усугубляют ряд электролитных нарушений, развивается интоксикация. У ослабленных больных на фоне пареза кишечника может развиваться перитонит, так как раздутые петли кишечника становятся проходимыми для бактериальной флоры кишечного тракта. Если парез кишечника не удастся купировать в течение 1—2 дней, то следует искать причину, которая его поддерживает (эвентрация, межкишечный абсцесс, пиовар, начинающийся перитонит, частичная кишечная непроходимость и т. д.).

Лечение пареза кишечника описано в разделе 19.2.5.4.

19.2.4. ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

После гинекологических операций нередко нарушается акт мочеиспускания вследствие травмы мочевого пузыря в процессе операции и нарушения его иннервации. Переполненный мочевой пузырь может симулировать ряд патологических состояний (наличие гематомы, парез кишечника и др.). В послеоперационном периоде необходимо тщательно следить за мочеиспусканием. При задержке самопроизвольного мочеиспускания прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Измерение диуреза в послеоперационном периоде обязательно.

После операции могут развиваться осложнения, связанные с повреждением мочевыводящих путей. Если после экстирпации матки подтекает моча из влагалища, то это может быть обусловлено ранением мочеточника или мочевого пузыря. Уточнить диагноз позволяет инстилляция раствора метиленового синего в мочевой пузырь. При травме мочевого пузыря тампон, предварительно введенный во влагалище, окрашивается в голубой цвет. Если подтекает неподкрашенная моча, то следует предполагать травму мочеточника. При отсутствии задержки мочи врач имеет возможность наблюдать больную, проводя соответствующие консультации и лечение.

Отсутствие выделения мочи после операции может быть связано с двусторонней перевязкой мочеточников. При перевязке мочеточников быстро возникает болезненность в области почек, симптом Пастернацкого резко положителен (отсутствие мочи может быть связано с «шоковой почкой»). Катетеризация мочеточников и экскреторная урография позволяют уточнить диагноз. При механическом препятствии показана срочная операция для восстановления проходимости мочевыводящих путей.

В случаях, когда нет сообщения брюшной полости с влагалищем при ранении мочевыводящих путей (перерезка или ранение мочеточников или мочевого пузыря), возникает мочевой затек,

который проявляется раздражением брюшины, интоксикацией. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Для уточнения диагноза показаны цистоскопия, экскреторная урография, ультразвуковое исследование, обзорный снимок брюшной полости с целью определения свободной жидкости. Моча может полностью поступать в брюшную полость (проникающее ранение мочевого пузыря) или имеет место отрицательный диурез (ранение одного мочеточника или небольшая рана в мочевом пузыре). Больные нуждаются в осмотре, проводимом совместно с урологом, и срочном оперативном вмешательстве.

19.2.5. ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Значительно чаще, чем кровотечения, в послеоперационном периоде у гинекологических больных возникают заболевания, обусловленные инфекцией. Больным с анемией, с длительно существующими гнойниками в малом тазе, сердечно-сосудистой патологией, диабетом и другими тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями необходимо особенно тщательное наблюдение, так как они представляют собой группу риска в отношении возможности возникновения послеоперационных осложнений.

В последние годы контингент больных, направляемых на операцию по поводу гинекологических заболеваний, существенно изменился. Увеличилось число женщин пожилого и старческого возраста, а также больных с экстрагенитальными заболеваниями. У многих женщин при наличии опухолей и опухолевидных образований матки и придатков снижена иммунобиологическая реактивность организма, нарушены механизмы адаптации и компенсации.

При нормальном течении послеоперационного периода 4—5 дней температура тела может быть повышена в пределах 38 °С, затем она начинает постепенно снижаться. Выраженность температурной реакции зависит от индивидуальных особенностей организма и нарушения процессов терморегуляции в послеоперационном периоде. Такая реакция обусловлена всасыванием раневого секрета, крови и продуктов распада травмированных тканей. При нормальном течении послеоперационного периода появляются небольшой отек и инфильтрация тканей в области раны как реакция на операционную травму.

Развитие гнойного заболевания определяется двумя факторами: состоянием организма больной и микрофлорой — возбудителем инфекции. Гнойное воспаление чаще возникает при наличии питательной среды для бактерий (очаги некроза и кровоизлияний), особенно у ослабленных больных. Возможно развитие внутригоспитальной инфекции.

Развитие гнойных осложнений в послеоперационном периоде обусловлено ассоциацией аэробной (золотистый стафилококк, энтерококк, кишечная палочка, клебсиелла) и анаэробной (лактобациллы, эубактерии, пептококки, пептострептококки, эшерии-

хии, протей и т. д.) микрофлоры. Эти микробы имеются в организме здоровых людей. Они становятся патогенными лишь при определенных условиях (снижение иммунологической реактивности организма, пониженная сопротивляемость к инфекции). Все большее значение приобретает инфекция, вызванная анаэробными спорообразующими и неспорообразующими микробами (бактероиды, фузобактерии, грамотрицательные кокки, клостридии и т. д.). Эти микроорганизмы часто бывают причиной гнойных осложнений в послеоперационном периоде. Особенно тяжелые осложнения возникают при наличии неспорообразующей неклостридиальной анаэробной инфекции.

В развитии инфекции, вызванной условно-патогенной флорой, важную роль играет количественный фактор (заражающая доза возбудителя). Наши исследования показали, что обсемененность влагалища бактериями до оперативного лечения значительно выше у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков — 10^5 колониеобразующих единиц в 1 мл (КОЕ/мл), в то время как у женщин без воспалительных процессов она составила 10^3 КОЕ/мл. Для борьбы с развившейся инфекцией используют антибиотики и другие препараты, выбор которых зависит от чувствительности к ним возбудителя. Борьбу с анаэробной инфекцией проводят путем применения метронидазола (трихопол, флагил), диоксидина, димексида, поскольку анаэробы, как правило, малочувствительны даже к антибиотикам широкого спектра действия. Идентификация анаэробов в лечебном учреждении не всегда возможна. Если антибактериальная терапия антибиотиками не дает эффекта, следует включать в схему лечения указанные препараты.

При лечении гнойных ран рекомендуется освобождать их от гноя, продуктов распада и обрабатывать антисептическим раствором. Желательно также применение протеолитических ферментов, которые быстро очищают рану.

Ряд исследователей используют при гнойной инфекции препараты, активирующие клеточный и гуморальный иммунитет (Т-активин, левамизол и др.).

Весьма эффективна при анаэробной инфекции гипербарическая оксигенация: через несколько сеансов состояние больной значительно улучшается. При анаэробной инфекции гипербарическая оксигенация патогенетически обоснована.

19.2.5.1. Нагноение кожи и подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки

Наиболее частое осложнение в послеоперационном периоде — нагноение в области раны передней брюшной стенки. Подкожная жировая клетчатка наиболее уязвима в отношении гноеродной инфекции, поскольку после операции там возникают кровоизлияния или небольшие гематомы. Обычно у таких больных на 4—6-е сутки повышается температура тела, появляются боли в

области послеоперационной раны, иногда озноб. В крови определяются лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Диагноз этого осложнения установить нетрудно, так как при осмотре выявляются гиперемия и набухание тканей около шва, что позволяет заподозрить нагноение. При зондировании раны обнаруживается гной.

Хирургическая тактика состоит в широком раскрытии раны, что обеспечивает отток гнойного содержимого. После этого температура тела снижается, боли стихают. В дальнейшем производят ежедневную обработку раны дезинфицирующими растворами, вводят марлевые салфетки с 10 % раствором хлорида натрия. При несвоевременном или недостаточном раскрытии раны в гнойный процесс вовлекается большее количество тканей и может возникнуть флегмона передней брюшной стенки. Такие осложнения чаще связаны не только с неправильным ведением больных в послеоперационном периоде, но и с резким снижением защитных сил организма. После очищения раны от некротических тканей и налетов можно наложить вторичные швы под кратковременным наркозом в условиях операционной. При необходимости края кожи отсепаровывают от подлежащих тканей на 1 см. Затем накладывают тонкие кетгутовые швы на клетчатку и крепкие синтетические нити на кожу. Вторичные швы снимают на 10—12-й день.

Если есть сомнение в том, что рана окончательно очистилась, то можно оставить в клетчатке дренаж для оттока отделяемого или последующего промывания дезинфицирующими растворами.

19.2.5.2. Подапоневротический гнойник

Значительно труднее установить наличие гнойника под апоневрозом прямых мышц живота. Это осложнение возникает реже, чем нагноение подкожной жировой клетчатки. На 7—8-е сутки скопившийся гной приподнимает брюшную стенку. При этом нередко апоневроз, подкожная жировая клетчатка и кожа заживают первичным натяжением. Под местной анестезией производят пункцию толстой иглой. При получении гноя также следует широко раскрыть и дренировать рану (необходим кратковременный наркоз). Чтобы достигнуть подапоневротического гнойника, приходится вскрывать свежий рубец на коже, подкожной жировой клетчатке и апоневрозе. Гнойник следует опорожнить и дренировать. Нагноение брюшной стенки под апоневрозом протекает значительно тяжелее, сопровождаясь более выраженной общей реакцией. Рану следует ежедневно обрабатывать дезинфицирующими растворами. При ее очищении надо наложить вторичные швы на апоневроз, подкожную жировую клетчатку и кожу. При необходимости в подапоневротическом пространстве оставляют дренаж.

19.2.5.3. Пиосальпинкс, пиовар

Более тяжелое клиническое течение наблюдается в тех случаях, когда гнойный очаг появляется в брюшной полости (пио-

сальпинкс, пиовар). Заболевание начинается с болей внизу живота, повышения температуры тела ремиттирующего типа, озноба, общей слабости. Нередко к этому присоединяются дизурические и диспепсические явления. В крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. При влагалищном исследовании в малом тазе выявляется опухолевидное, резко болезненное образование. Нередко трудно дифференцировать пиовар и пиосальпинкс, поскольку часто имеет место гнойное тубовариальное образование. Такая патология требует повторного чревосечения. Если не сделать этого вовремя, то возникает угроза распространения инфекции и прорыва гнойника в свободную брюшную полость с последующим развитием разлитого перитонита. При повторном чревосечении показаны удаление пораженных придатков матки и дренирование брюшной полости.

После операции проводят антибактериальную и общеукрепляющую терапию.

19.2.5.4. Перитонит

Всякое оперативное вмешательство на органах брюшной полости может осложниться развитием перитонита.

Брюшина представляет собой серозный покров, имеющий сложное анатомическое строение с обильно развитой сетью кровеносных и лимфатических сосудов и нервных окончаний. Она обладает большой резистентностью к инфекции. Защитная функция брюшины проявляется ее фагоцитарными свойствами. Сальник, спайки и образование фибрина ограничивают распространение воспалительного процесса. Спайки начинают формироваться через 10 мин после воздействия повреждающего агента. Плотные сращения возникают через 6—12 ч. Вместе с тем обширность поверхности брюшины способствует распространению воспалительных процессов. Неизменная брюшина гладкая и блестящая, обладает всасывающими свойствами и способна выделять экссудат. Реактивная способность брюшины снижается, если в брюшную полость попадают кровь, околоплодные воды, каловые массы, содержимое опухолей и т. д.

В зависимости от степени вовлечения брюшины в воспалительный процесс различают местный, или отграниченный, и неотграниченный (диффузный или разлитой) перитонит, в зависимости от скопления экссудата в брюшной полости — серозный, геморрагический и гнойный (фибринозный) перитонит.

У гинекологических больных брюшина часто вовлекается в патологический процесс при воспалении придатков матки.

Пельвиоперитонит. Пельвиоперитонит представляет собой местный отграниченный перитонит. Клиническая картина характеризуется высокой температурой тела, ознобом, болями внизу живота. Симптомы раздражения брюшины и мышечной защиты положительны в нижних отделах живота. Общее состояние боль-

ных нередко тяжелое. Отмечаются вялость, тахикардия, парез кишечника. В этой стадии показана консервативная терапия: антибиотики, общеукрепляющее, десенсибилизирующее лечение, коррекция электролитных и кислотно-основных нарушений. При наличии пельвиоперитонита, обусловленного гноинками в малом тазе, показана операция.

Нередко местный отграниченный перитонит в начале его развития трудно отличить от разлитого перитонита. Такие больные нуждаются буквально в почасовом наблюдении и в повторных исследованиях крови. Нарастание симптомов заболевания указывает на распространение процесса.

Гнойный перитонит. При разлитом гнойном перитоните изменения значительно более выражены в местах, ближе всего расположенных к источнику инфекции. В начале разлитого перитонита возникает гиперемия брюшины, затем происходит склеивание петель кишечника. Выпот первоначально имеет серозный характер, затем становится гнойным. В экссудате много белка, что приводит к гипопроотеинемии.

Гнойный перитонит — наиболее опасное осложнение, которое является основной причиной смерти хирургических больных.

Перитонит сопровождается рядом тяжелых нарушений в организме. Страдают все виды обмена: белковый, водно-электролитный, углеводный, жировой и т. п. Резко усиливается ферментативная активность (в частности, таких ферментов, как кислая и щелочная фосфатазы), нарушается обмен биогенных аминов, что способствует нарушению микроциркуляции и развитию тканевой гипоксии. Меняются реологические свойства крови, развивается синдром ДВС. В организме уменьшается содержание незаменимых аминокислот, снижаются все показатели неспецифического иммунитета. Содержание белка в крови уменьшается. Возникают ацидоз, гипокалиемия, гипохлоремия, гипокальциемия. Наблюдаются тяжелые нарушения функций печени и почек. В формировании адаптивных и патологических реакций при перитоните важное значение имеет реакция эндокринной системы.

Инфицирование брюшной полости вызывают патогенные и условно-патогенные аэробные и анаэробные микробы. В настоящее время общие хирурги придают большое значение неспорообразующей неклостридиальной инфекции, обуславливающей особенно тяжелое течение заболевания и плохо поддающейся воздействию антибактериальных средств.

Указанными изменениями объясняется тяжелое клиническое течение разлитого перитонита. Общее состояние больной тяжелое. Отмечаются бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек, временами холодных пот. Черты лица заостряются. Больная жалуется на боли по всему животу. Пульс частый, выше 100 в минуту (в редких случаях отмечается брадикардия). Артериальное давление нормальное или сниженное. Температура тела высокая, может быть озноб. Дыхание учащено. Передняя брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания. При вдо-

хе межреберные промежутки западают. Развивается дыхательная недостаточность, связанная с тяжелыми метаболическими нарушениями и высоким стоянием диафрагмы.

Язык сухой, обложен. Жажда и сухость во рту обусловлены гиперосмолярностью (избыток солей). В крови повышено содержание натрия. Больных беспокоят икота, тошнота, рвота. Выражены расширение и парез желудка. Если рвотные массы приобретают цвет кофейной гущи, то это свидетельствует о значительном нарушении кровообращения в стенке желудка.

Живот вздут, болезнен при пальпации. Имеют место выраженный дефанс брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Вздутие живота обусловлено вначале парезом, а затем параличом кишечника. Стула нет, газы самостоятельно не отходят. При перкуссии выявляется свободная жидкость в отлогах частях живота. Перистальтические шумы кишечника не прослушиваются либо определяется вялая перистальтика.

При ультразвуковом исследовании выявляется свободная жидкость в брюшной полости, при рентгенологическом — чаши Клойбера. В крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. СОЭ увеличена, количество гемоглобина снижено. При ректальном исследовании отмечаются нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.

В настоящее время диагностика перитонита нередко затруднена из-за стертого, нетипичного течения заболевания. Это связано как со сниженной реактивностью организма, так и с массивным применением антибиотиков. Типичная картина перитонита, описанная в классических руководствах по хирургии (доскообразный живот, резкая болезненность, лицо Гиппократата и т. д.), в настоящее время у гинекологических больных практически не встречается.

У пожилых людей клиническая картина разлитого перитонита также характеризуется стертым течением. Боли не имеют выраженного характера, температура тела нормальная или субфебрильная, однако общее состояние тяжелое (тахикардия, липкий пот, цианоз, сухость языка и т. д.).

Нередко диагностика послеоперационных перитонитов представляет значительные трудности, так как ряд симптомов (боли, напряжение брюшной стенки, парез, тахикардия) может быть связан с операцией. Тщательное наблюдение за больной, нарастание выраженности симптомов позволяют установить диагноз. Проведение сеансов гипербарической терапии в отсутствие воспаления брюшины, как правило, снимает парез кишечника. Это может служить дифференциально-диагностическим признаком. Отсутствие эффекта гипербарической оксигенации свидетельствует в пользу перитонита. Чаще всего симптомы перитонита проявляются на 3—4-е сутки после операции. При неосложненном послеоперационном периоде на 2—3-и сутки состояние больной, как правило, улучшается. Если, наоборот, в это время имеются признаки ухудшения, то следует думать об осложне-

ниях, в частности о перитоните. При подозрении на перитонит желательна консультация общего хирурга, вместе с которым разрабатывают тактику лечения.

Лечение перитонита хирургическое. Противопоказанием к операции может служить только агональное состояние больной. Перед операцией при необходимости следует произвести промывание желудка. Наркоз эндотрахеальный с управляемым дыханием и введением миорелаксантов.

Прежде чем приступить к операции, необходимо провести подготовку, которая включает в себя инфузионную терапию, внутривенное введение гидрокарбоната натрия, глюкозо-калиевой смеси, витаминов, сердечных гликозидов, раствора Рингера. Объем трансфузируемой жидкости зависит от тяжести состояния больной, но он должен составлять 1—1,5 л. Инфузионная терапия необходима для коррекции обменных нарушений, о которых сказано выше. Показано также введение гормонов коры надпочечников и антибиотиков.

Переднюю брюшную стенку вскрывают продольным срединным разрезом. Брюшина тусклая, отечная. Кровеносные сосуды париетальной брюшины и серозного покрова кишок расширены, в них имеются точечные кровоизлияния. При гнойном перитоните фибриновые наложения, особенно выраженные в области, близкой к источнику инфекции. Сальник воспалительно изменен, утолщен. Брюшную полость освобождают от выпота, удаляют источник перитонита. Необходимо взять выпот из брюшной полости для определения микрофлоры. Брюшную полость промывают 6—8 л теплого изотонического раствора хлорида натрия или раствора фурацилина 1:5000.

При разлитом гнойном перитоните показан перитонеальный диализ, так как в брюшной полости после операции продолжается накопление продуктов тканевого распада и экссудата, содержащего токсины. Перитонеальный диализ способствует извлечению токсинов и создает благоприятные условия для действия антибиотиков, вводимых в брюшную полость. Вводят хлорвиниловые или фторпластовые ирригаторы путем прокола передней брюшной стенки в обеих подреберных областях: два в правое и левое поддиафрагмальные пространства, третий — по направлению брыжейки толстой кишки. Ирригаторы можно вводить по три с каждой стороны шва. Из полости таза выводят хлорвиниловые или силиконовые дренажи диаметром до 1 см путем прокола брюшной стенки над передневерхней остью подвздошных костей. Трубки фиксируют к передней брюшной стенке.

Производят также заднюю кольпотомию, а в случае отсутствия матки дренаж выводят через влагалище.

В диализирующий раствор (раствор Рингера с содержанием калия до 200 мг/л) добавляют антибиотики. В начале диализа через ирригаторы вводят 300 мл 0,25 % раствора новокаина, а затем диализирующую жидкость. В сутки требуется 15—20 л диализата.

Диализ осуществляют вначале непрерывным, а затем фракционным методом, т. е. раствор вводят с промежутками 3—4 ч. Больной рекомендуется менять положение для наилучшего оттока жидкости.

Диализ сопровождается дефицитом удаляемой жидкости (500—800 мл на 3—4 л жидкости), что приводит к повышению внутрибрюшного давления и циркуляторным расстройствам. Из-за раздражения рецепторов брюшины могут усилиться экссудация в брюшной полости и боли в животе. Кроме того, организм теряет микроэлементы и органические соединения.

Имеются и другие схемы проведения диализа с меньшим количеством вводимой жидкости, например, промывание брюшной полости в течение 3—5 дней раствором следующего состава: 3 г канамицина, 2400 мл раствора Рингера — Локка и 600 мл 0,25 % раствора новокаина в сутки.

В настоящее время в некоторых ведущих клиниках страны перитонеальный диализ не используют, производят промывание открытой брюшной полости ежедневно или каждый день большим количеством дезинфицирующего раствора под наркозом. При этом брюшную полость не зашивают наглухо, а лишь производят завязывание лигатур на пластинках, которые и развязывают во время промывания. Метод дает обнадеживающий эффект при тяжелых формах перитонита.

Ведение больных в послеоперационном периоде. Терапия должна быть направлена на борьбу с инфекцией и парезом кишечника, регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы, дезинтоксикацию организма. Необходимо обезболивание. Кроме того, следует регулировать нарушения кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса. Помимо введения антибиотиков в брюшную полость, показано парентеральное их введение в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры.

При лечении перитонита следует применять антибиотики широкого спектра действия в достаточно высоких дозах. В настоящее время с успехом используют полусинтетические пенициллины (метициллин, оксациллин, пиопен и т. д.). Эти антибиотики особенно эффективны в отношении штаммов стафилококков, устойчивых к бензилпенициллину. Широким спектром антимикробного действия обладают антибиотики группы цефалоспоринов (цефопин и др.), а также антибиотики группы тетрациклинов: рондомицин, морфоциклин и др. Из препаратов группы неомицина в настоящее время применяют канамицин, который имеет широкий спектр антимикробного действия и менее токсичен, чем другие препараты этой группы. Назначают препараты группы хлорамфеникола и различные комбинации их.

Для предупреждения дисбактериоза следует применять препараты типа нистатина. Для борьбы с анаэробной инфекцией используют метронидазол, диоксидин и др.

Коррекцию нарушений водно-солевого обмена проводят путем

введения растворов, содержащих электролиты. Гипокалиемия сама по себе может вызвать парез кишечника, тахикардию, вялость, поэтому восполнение содержания калия в организме является обязательным.

Для борьбы с гиповолемией вводят средства, оказывающие онкотическое действие (общий объем вводимой жидкости в зависимости от тяжести состояния больной). Рекомендуется вводить до 5 л жидкости в сутки. Применяют кровезаменители, гемодез, неокомпенсан, полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль.

Потерю белка компенсируют переливанием плазмы, протеина, аминокровина, гидролизина и других препаратов, содержащих протеины. Назначают также сердечные средства и витамины. По показаниям применяют препараты гормонов коры надпочечников.

С целью коррекции ацидоза вводят гидрокарбонат натрия. При необходимости осуществляют форсированный диурез с помощью осмотических диуретиков.

Борьбу с парезом кишечника проводят путем активации перистальтики. Для этого применяют прозерин (1 мл 0,05 % раствора под кожу), хлорид натрия (внутривенно 20 мл 10 % раствора), гипертонические и сифонные клизмы. Можно пользоваться и другими схемами лечения (димеколин, ацеклидин и т. д.). Важно добиться хорошей перистальтики, отхождения газов и стула.

При атонии желудка показано введение тонкого зонда в желудок через нос для постоянного отсасывания его содержимого.

Ввиду того что при перитоните нарушена микроциркуляция вследствие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, следует вводить гепарин по 5000—10 000 ЕД 3 раза в сутки под контролем гемостазиограммы или тромбоэластограммы. Гепарин препятствует агрегации тромбоцитов и внутрисосудистой агрегации эритроцитов.

Обезболивание в послеоперационном периоде обязательно, так как оно способствует углублению дыхания и улучшает деятельность сердца. Применяют промедол (2 мл 2 % раствора через 4—6 ч), анальгин (50 % раствор по 2—4 мл), баралгин. В случае сильных болей можно вводить пантопон. Показаны также димедрол и пипольфен как десенсибилизирующие препараты, которые необходимы при массивной терапии перитонита.

В комплекс лечения перитонита следует включать гипербарическую оксигенацию, которая помогает ликвидации пареза кишечника, перестройке микроциркуляции и улучшению обмена веществ. Назначают кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон), так как при тяжелых состояниях может иметь место истощение функции коры надпочечников.

Прогноз заболевания зависит от вирулентности микроба-возбудителя, состояния макроорганизма и возраста больной, источника развития перитонита, сроков госпитализации и своевременности операции. Перитониты, обусловленные патологическими процессами в малом тазе, протекают относительно благоприятно, если источник инфекции удален вовремя.

Перитонит после кесарева сечения. В настоящее время такое осложнение не является редкостью. Перитонит после кесарева сечения протекает своеобразно. Обычно после операции возникает стойкий парез кишечника, который удается на короткое время ликвидировать проведением консервативных мероприятий. Однако через 2—3 ч явления пареза возникают вновь. Наряду с этим отмечаются стойкая тахикардия и высокая температура тела. Боли в животе и симптомы раздражения брюшины могут отсутствовать. В брюшной полости сравнительно быстро появляется свободная жидкость (экссудат). В таких случаях показана срочная операция. Обычно картина заболевания становится наиболее отчетливой на 3—4-е сутки после операции. При особенно вирулентной инфекции и сниженной сопротивляемости организма перитонит может развиваться раньше.

При перитоните после кесарева сечения, который, как правило, развивается вследствие несостоятельности швов на матке, следует удалить источник инфекции — матку. Промедление с операцией значительно повышает летальность.

При развитии перитонита после кесарева сечения следует произвести продольное срединное чревосечение и экстирпацию матки с маточными трубами. Маточные трубы при перитоните, как правило, вовлечены в патологический процесс и подлежат удалению. Затем надо промыть брюшную полость и дренировать ее для эвакуации гноя и проведения перитонеального диализа (при разлитом гнойном перитоните). Только своевременная операция и последующие перитонеальный диализ, массивная антибактериальная, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия на фоне коррекции водно-электролитных нарушений могут спасти больную. Если операцию производят позднее 6-х суток после кесарева сечения, то шансы на спасение больной резко снижаются.

19.3. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В редких случаях послеоперационное осложнение может быть обусловлено оставлением в брюшной полости инородного тела (салфетка, инструмент и т. д.). Диагностика этого осложнения не представляет значительных трудностей, если оно заподозрено в раннем послеоперационном периоде. Если же симптомы оценивают недостаточно правильно, то инородное тело может долгое время находиться в брюшной полости. При этом часто устанавливают диагноз послеоперационного инфильтрата, перикюльгита и т. д.

При подозрении на оставление инструмента необходимо произвести обзорный рентгеновский снимок брюшной полости. Особенно большие сложности могут встретиться при оставлении иглы.

Для удаления инородного тела показана релапаротомия. При поисках иглы большую помощь оказывает магнит.

19.4. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Даже у соматически здоровых женщин в послеоперационном периоде развивается хроническая форма синдрома ДВС, что можно рассматривать как преморбидный фон для тромботических осложнений.

В послеоперационном периоде может возникнуть тромбоэмболия легочной артерии, которая, как правило, заканчивается летально.

Одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода является инфарктная пневмония. Чаще всего инфаркт легкого возникает как результат тромбофлебита тазовых вен или вен нижних конечностей. Первоначально эмбол проникает в нижнюю полую вену, затем в правое сердце и оттуда в разветвления легочной артерии. При поражении мелких ветвей легочной артерии возникает инфаркт участка легкого и затем развивается пневмония.

Заболевание начинается остро. Появляются боли при дыхании, тахикардия, одышка, кашель, в мокроте обнаруживают прожилки крови, повышается температура тела. При указанных симптомах следует создать больной абсолютный покой, назначить антибактериальную и антикоагулянтную терапию, применять обезболивающие препараты.

Гепарин вводят по 5000—10 000 ЕД через 4 ч под контролем свертывания крови. При улучшении состояния больной переходят на введение антикоагулянтов непрямого действия (пелентан, дикумарин, фенилин и т. д.). При передозировке антикоагулянтов, что проявляется гематурией, кровоточивостью десен и др., в вену вводят 5 мл 1 % раствора протаминсульфата (медленно!). При необходимости введение препаратов повторяют через 15—30 мин. Если протаминсульфат окажется неэффективным, то следует перелить кровь с целью возмещения недостаточности тромбоцитов и других факторов свертывания крови. Переливание крови увеличивает опасность развития тромбоэмболических осложнений, поэтому прибегать к нему следует только в крайних случаях.

Наиболее часто тромбоэмболические осложнения возникают у больных с постгеморрагической анемией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно декомпенсированными, с ожирением, остаточными явлениями перенесенного ранее тромбофлебита, а также у женщин пожилого возраста, страдающих экстрагенитальными заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Баскаков В. П.* Клиника и лечение эндометриоза. — Л.: Медицина, 1979.
- Бодяжина В. И.* Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. — М.: Медицина, 1978.
- Бохман Я. В., Прянишников В. А., Чапик О. Ф.* Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия. — М.: Медицина, 1979.
- Бохман Я. В.* Лекции по онкогинекологии. — Ташкент: Медицина, 1985.
- Бохман Я. В.* Руководство по онкогинекологии. — Л.: Медицина, 1989.
- Брауде И. Л.* Оперативная гинекология. — Медгиз, 1952.
- Вихляева Е. М.* Волемиические нарушения в акушерско-гинекологической клинике и их коррекция. — М.: Медицина, 1977.
- Вихляева Е. М., Василевская Л. Н.* Миома матки. — М.: Медицина, 1981.
- Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З.* Атлас гинекологических операций. — Л.: Медицина, 1982.
- Дегтярь Е. Г.* Острый аппендицит у женщины. — М.: Медицина, 1971.
- Железнов Б. И., Стрижаков А. Н.* Генитальный эндометриоз. — М.: Медицина, 1985.
- Кан Д. В.* Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М.: Медицина, 1986.
- Краевская И. С.* Рак яичников. — М.: Медицина, 1978.
- Краснопольский В. И., Кулаков В. И.* Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. — М.: Медицина, 1984.
- Нечаева И. Д.* Лечение опухолей яичников. — Л.: Медицина, 1987.
- Окинчиц Л. Л.* Оперативная гинекология. — Биомедгиз: Л. 1938.
- Острый разлитой перитонит/Под ред. А. И. Струкова, В. И. Петрова, В. С. Паукова.* — М.: Медицина, 1987.
- Персианинов Л. С.* Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1971.
- Попов В. А.* Перитонит. — Л.: Медицина, 1985.
- Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи.* — М.: Медицина, 1985.
- Савельева Г. М., Серов В. Н.* Предрак эндометрия. — М.: Медицина, 1980.
- Селезнева Н. Д., Железнов Б. И.* Доброкачественные опухоли яичников. — М.: Медицина, 1983.
- Селезнева Н. Д.* Неотложная гинекология. — М.: Медицина, 1986.
- Симонян К. С.* Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1966.
- Стругацкий В. М.* Физические факторы в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1981.
- Штемберг М. И.* Крауроз и лейкоплакия вульвы. — Кишинев: Штиинца, 1980.
- Фриновский В. С.* Регионарная анестезия при гинекологических операциях. — М.: Медицина, 1963.
- Эндоскопия в гинекологии/Под ред. Г. М. Савельевой.* — М.: Медицина, 1983.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт внебольшничный 349
— инфицированный 352
— искусственный 346
— самопроизвольный 349
Абсцесс прямокишечно-маточного углубления 356
Адреногенитальный синдром врожденный 270
Александрова метод(ы) интерпозиции матки 298
— — кольпопоза 267
— — реконструктивно-пластических операций 171
Аллопластика при ушивании генитальных свищей 332
Аллопластические материалы 15
Ампутация клитора 271
— матки надвлагалищная высокая при миоме 178
— — — и экстирпация матки с использованием сшивающих аппаратов 143, 144
— — — при внутреннем эндометриозе 243
— — — — миоме 175
— молочной железы 240
— шейки матки 221
— — — высокая 224
— — — клиновидная во влагалищной части 223
— — — конусовидная 225
Аналгезия ингаляционная закисью азота 34
Анестезия безмедикаментозная 26
— местная инфильтрационная 30
— методика поддержания 35
— общая внутривенная 35
— парацервикальная 37
— перидуральная 27
— пресакральная 31
— пудендальная 31
— регионарная 27, 31
Аномалия положения матки 283—285
Аплазия влагалища, лечение оперативное 265, 267, 271
Апоплексия яичника 208
Аппендикулярные симптомы 429
Аппендицит 427
Аппендэктомия 259, 440
Артериография и венография 83, 84
Атабекова операция 344
Атрезия девственной плевы 265
Бактериологический контроль 12
Белье стерильное одноразовое 10, 119
Беременность внематочная, лечение хирургическое 365
— трубная, операции консервативные 367
— — — с использованием сшивающих аппаратов 143
— шеечная 351
Бесплодие трубное, лечение хирургическое 314
Биопсия и зондирование шейки матки 71
Боари операция 330
Болевой синдром при патологии в брюшной полости 424
Брауде метод бестампонного дренирования 311
Бруншвика операция 394
Брюшная стенка, анатомия 43
Вакуум-аспирация для прерывания беременности 348
Вакуум-эксхолеация для прерывания беременности 348
Вачнадзе модификация операции закрытия шеечно-влагалищных свищей 229
Вертгейма операция 387
Влагалище, анатомия 63
— дополнительное замкнутое 269
— перегородка срединная 269
Воскресенского симптом 429
Вульвэктомия при раке влагалища 415
— при слоновости 230
Выпадения искусственного влагалища, устранение оперативное 301
Выскабливание диагностическое 71
Гастродуоденальная язва прободная 432
ГБО в послеоперационном периоде 23
— при послеоперационном перитоните 453
Гебель — Штекеля операция 345
Гелевин-сорбент 117
Гематометра и гематосальпинкс 267
— подпапневротическая после операций 441
Гемосорбция 43
Гемотрансфузии 39
Гиговского метод кольпопоза 276
— — — с использованием сшивающих аппаратов 145
— модификация операции Дюкена 417
Гидрогель в оперативной гинекологии 119
Гиперплазия яичника стромальная 211
Гипертекоз яичника 211
Гистеросальпингография 77
— при внематочной беременности 364
Гистероскопия газовая и жидкостная 90
Гистерэктомия расширенная влагалищная 395
Гнойник подпапневротический после операции 447
Гнойно-воспалительные осложнения гинекологических операций 445
Давыдова метод кольпопоза 278
Декура и Думпка метод морфометрии 96
Дети и подростки, опухоли яичников 216
Детоксикация экстракорпоральная 42
Дефундация матки при миоме 178
Диализ перитонеальный при перитоните 311, 451
Диатермокоагуляция шейки матки 222
Дисгерминома яичника 410
Дистопированные почка, селезенка 436
Дренажные трубки и протекторы силиконовые 121
Дренирование аспирационно-промывное 310, 311

Дюжана операция в модификации Гиговского 417
 Дюжана метод стерилизации 319
 Ельцова-Стрельцова метод наложения швов на матку при кесаревом сечении 371
 — операция (и) 226
 — — при недержании мочи 343
 — — — шеечно-влагалищных свищах 228
 Иглы атравматические 10
 Имплантация маточных труб в матку 152, 155, 316
 Инженер в операционном блоке 8
 Истмико-истмический и истмико-ампулярный анастомозы 155
 Кана классификация генитальных свищей 321
 — операция 346
 Келли операция 343
 Кеннеди операция 343
 Кесарево сечение 370
 — — влагалищное 381
 — — в нижнем сегменте матки 364, 378
 — — корпоральное 372
 — — экстраперитонеальное 379
 Киста(ы) большой железы преддверия влагалища 229
 — Гартнерова хода 228
 — желтого тела 204
 — параовариальная 205
 — яичника дермоидные, или зрелые тератомы 193
 — — эндометрионидные, выщипывание 247
 — — — операция и лазеротерапия 246
 Киста яичника, разрыв капсулы 199
 Кишечная непроходимость острая 430
 Кишка прямая, анатомия 51
 Компьютерная томография 89
 Клей циалакрилатный МК-7М 109
 Кольпоперинеопластика 290
 Кольпоперинеоэктомию неполный 299
 Кольпопоз 274
 — бескровный 282
 — с применением механического шва 144
 Кольпоррафия передняя 287, 288
 — срединная с кольпоперинеоррафией и леваторопластикой 299
 Кольпотомия задняя при перитоните 451
 «Комбутек 2» коллагеновый препарат 115
 Кондиломы наружных половых органов 230
 Кравковой и Курбановой метод кольпопоза 279
 Крауроз и лейкоплакия наружных половых органов 233
 Криодеструкция в гинекологии 138
 — при эндометриозе шейки матки 239
 Кровотечение массивное 39
 Кровотечение внутрибрюшное после операции 440, 441
 — наружное и внутреннее в неотложной гинекологии 424
 Кровь скрытая, пробы 12
 Крукенберга опухоль 405
 Кульдоскопия 94

Лабгарта операция 299
 Лазер углекислый и другие лазеры в гинекологии 131
 Лазерная техника в гинекологии 130
 Лазеротерапия при эндометриозе шейки матки 239
 Лапароскопическая операция при малых формах эндометриоза 252
 — стерилизация 320
 Лапароскопические процедуры 126
 Лапароскопия в диагностике и лечении бесплодия 126
 — и кульдоскопия в диагностике внематочной беременности 364
 — — лапароскопы 91
 — после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах 128
 Леваторопластика 291
 Лейбчика и Гендона модификация кесарева сечения 381
 Лимфаденография 85
 Лимфатическая система половых органов 60
 Магнитотерапия в послеоперационном периоде 22
 Мадлендера метод стерилизации 319
 Мажбица операция 343
 Маммография 102
 Манчестерская операция 301
 Маргиналы — Марчетти — Крантца операция 345
 Мастопатия (дисплазия) 102
 — кистозно-фиброзная 102
 Мастэктомия 420
 Матка, анатомия 52
 Маточные трубы, анатомия 53
 — — перевязка 319
 Маточный рог добавочный функционирующий 268
 Мейгса синдром 193
 Мейо операция 295
 Метропластика при двурогой матке 270
 Микроинструменты, набор 148
 Микрохирургическая операция по поводу трубного бесплодия 146, 150
 Миома матки, операции консервативно-пластические 164
 — — — радикальные и консервативные 163
 — — — подслизистая, удаление влагалищным путем 172
 — — — удаление узла из влагалищной части шейки 174
 — — — — интерстициального 171
 — — — — подбрюшинных на широком основании 171
 Миомэктомия консервативная 167
 — — — использование клея МК-7М 111
 Молочные железы, протезирование 274
 — — термография 104
 Морозова модификация кесарева сечения 379
 Морфограммы, трактовка 96
 Морфометрия по методике Декура и Думпка 96
 Мочевыделительная система, анатомия 66, 67, 68

- Нагноение передней брюшной стенки после операций 446
- Наркоз вводный 25
- комбинированный (многокомпонентный) 25
 - масочный, аппаратный метод 26
 - эндотрахеальный 23
- Недержание мочи при напряжении, лечение оперативное 343
- Нейгебаура — Ле Форэ операция 299
- Нейролептаналгезия 26
- Неотложная помощь при гинекологических заболеваниях 421
- Образцова симптом 429
- Олдриджа операция 345
- Операции [гинекологические] консервативно-пластические 14
- крестовидного укорочения маточных связок 294
 - малые, обезболивание 33
 - пластические на шейке матки 220
 - — при наличии двух маток 269
 - при бесплодии 151
 - — воспалительных опухолевидных образований придатков матки 303
 - — доброкачественных опухолях яичника 201
 - реконструктивно-пластические 14
 - реконструктивные при эндометриоидных кистах яичника 248
- Операционная 6
- Операционный блок 5
- Опухолевидные заболевания яичника 204
- Опухоль (и) или киста яичника, вылушивание 213
- интралигаментарная 214
 - кишечника или брыжейки 434
 - псевдонтралигаментарная 215
 - яичника гормонпродуцирующие 194
 - — доброкачественные, озлокачествленные 198
 - — классификация 189
 - — кровоизлияния 199
 - — нагноение стенки или содержимого 199
 - — перекрут ножки 198
 - — серозные гладкостенные и папиллярные 193
- Опущение и выпадение влагалища и матки, лечение хирургическое 287
- Орехова и Чекиной метод кольпопоза 279
- Пангистерэктомия при операбельном раке яичника 408
- Панкреатит острый 434
- Параметрит 355
- Парез кишечника послеоперационный 443
- Пастернацкого симптом 435, 444
- Пейти метод мастэктомии 420
- Пельвиоперитонит послеоперационный 448
- Перидуральная пункция 29
- Перитонеальные симптомы в неотложной гинекологии 425
- Перитонит послеоперационный 448
- — гнойный 449
 - — — разлитой 449
 - — лечение хирургическое 451
 - — после кесарева сечения 454
- Перфорация матки при искусственном аборте 353
- Пиелoureтероскопия экскреторная и уро-рентгенокниематография 99
- Пиосальпинкс, пиовар после операций 447
- Пластика промежности и пластика шейки матки, использование клея МК-7М 115
- Пневмогинекография 77, 79
- Пневмоперитонеум 80
- Подвздошная артерия внутренняя, перевязка 437
- Покровского и Марковой метод кесарева сечения 378
- Поликистозные яичники 207
- Половые органы наружные, анатомия 61
- Послеоперационный период 20
- Почечная колика 435
- Премедикация 24
- Придатки матки, удаление при доброкачественной опухоли 212
- Промежность, разрывы старые III степени 336
- Псевдомиксома брюшины 199
- Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 100
- Пункция брюшной полости через задний свод влагалища 69, 364
- — подключичной вены 38
- Пфанненгитиля разрез 43, 45, 48
- Радионуклидная диагностика интраоперационная 87
- Рак влагалища 412
- маточной трубы 411
 - молочной железы 419
 - наружных половых органов 413
 - тела матки 397
 - шейки матки 383, 385
 - яичников 403, 404
 - — лечение комплексное 408
 - — первичный и вторичный 404, 405
- Реабилитация после консервативной миомэктомии 174
- Резекция большого сальника при пангистерэктомии 409
- яичников, использование клея МК-7М 113
 - — клиновидная 213
- Реинфузия крови 365
- Релапаротомия для удаления инородного тела 454
- Ровзинга симптом 429
- Руки, обработка перед операцией 11
- Раневой процесс 22
- Савицкой метод закрытия пузырно-влагалищных свищей 326
- Сальпинголизис 152, 316
- Сальпингоэостомия 152
- Сальпингоовариолизис 152
- Сальпинго-сальпингостомия 153
- Сальпингостомия 316
- Сальпинготомия при внематочной беременности 368
- Саркома матки 401
- Свищи мочеполовые сложные 331
- мочеточниковые 329
 - переднебрюшностеночные, маточные и придатковые 334, 335
 - прямокишечно-влагалищные 339
 - пузырно-влагалищные доступы 321, 323, 325, 329

- — разновидности 321
- — пузырьно-маточные 328
- — пузырьно-придатковые 329
- — шеечно-влагалищные 229
- Связки яичников и матки 55
- Сепсис анаэробный 357
- Септицемия и септикоциемия 356
- Ситковского симптом 429
- Скарификация шейки матки 226
- Слепых способ надвлагалищной ампутации матки 171
- Слоновость наружных половых органов 230
- Спаечная болезнь 433
- Стерилизация 318
 - белья, марлевых салфеток, перчаток 10
 - набора инструментов 11
- Сфинктерометрия, техника 333
- Таз, висцеральные клеточные пространства 56
- Газовое дно, мускулатура 64
- Танталовые скобки для ушивания тканей 142
- Текоматоз яичника 211
- Тератобластома яичника 411
- Ткани консервативные в оперативной гинекологии 124
- ТМО (твердая мозговая оболочка), приращение при гинекологических операциях 125
- Травмы наружных половых органов и влагалища 426
- Трансфузионно-инфузионная терапия 37
- Тромбоз сосудов брыжейки 432
- Тромбозмобильные осложнения после операции 455
- Ультразвуковая обработка инфицированных ран 140
- Ультразвуковое исследование 72
 - — молочных желез 103
 - — при внематочной беременности 364
- Уретероцистоанастомоз 331
- Уретра, формирование 332
- Урогенитальный синус, рассечение 271
- Урофлуометрия 100
- Фиброаденома молочной железы 103
- Фиброма наружных половых органов 230
 - яичника 193
- Фигурнова операция 344
- Физиотерапия в послеоперационном периоде 23
- Фринновского метод регионарной анестезии 31
- Холстела радикальная мастэктомия 420
- Хориоэпителиома 402

- Цистография микционная 100
- Черни метод чревосечения 49
- Чревосечение нижнесрединное 46
 - осложнения 49
 - поперечное надлобковое по Пфанненштилю 48
- Швы кишечные 439
 - механические 141
 - мочевого пузыря 438
 - при культе шейки матки с клеем МК-7М 111
 - при проведении кесарева сечения 371
- Шелк ампульный стерильный 9
- Шовные материалы полимерные 121
- Шок анафилактический 41
 - септический 358
- Шредера операция 223
- Штеккеля операция 343
- Штрассмана операция 270
- Штурмдорфа метод ампутации шейки матки 225
- Шухардта разрез 395
- Щетка — Блюмберга симптом 425, 429
- Эвентрация 443
- Экстирпация матки влагалищная при миоме и эндометриозе 184
 - — — опущении и выпадении 295
 - — использование клея МК-7М 113
 - — при миоме 179, 181
 - — расширенная 387
- Электрхирургические инструменты 136
- Эмболизация, методы 123
 - сосудов таза лечебная 121, 123
- Эмболы из гидрогеля 122
- Эммета операция 221
- Эндометрий, исследование радиоизотопное 87
 - предрак 398
- Эндометриоз влагалища 253
 - генитальный и исследование гепатобилиарной системы 106
 - матки, иссечение узла 244
 - маточной трубы, лечение оперативное 253
 - ретроцервикальный, иссечение 250
 - — криовоздействие 140
 - тела матки внутренний, гормонотерапия 242
 - — — рентгенологическое исследование, гистероскопия, УЗИ 242
 - формы тяжелые, этапы оперативного пособия 257
 - шейки матки, лечение оперативное 239
 - экстрагенитальный 260
- Яичники, анатомия 55

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА. <i>В. И. Кулаков</i>	5
1.1. Операционный блок и его помещения	5
1.2. Обработка помещений операционного блока	7
1.3. Обязанности сотрудников операционного блока	7
1.4. Обследование персонала операционного блока	8
1.5. Стерилизация шовного материала и операционного белья	9
1.6. Инструменты и их стерилизация	10
1.7. Обработка рук перед операцией	11
1.8. Пробы на скрытую кровь	12
1.9. Бактериологический контроль	12
Глава 2. ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ОПЕРАЦИИ, ВЕДЕНИЕ ИХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	13
2.1. Особенности гинекологических операций	13
2.2. Обследование больных	16
2.3. Подготовка больных к операции	19
2.4. Ведение больных в послеоперационном периоде	20
Глава 3. АНЕСТЕЗИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ. <i>И. В. Прошина</i>	23
3.1. Анестезия	23
3.2. Интенсивная терапия	37
Глава 4. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. <i>В. И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ</i>	43
4.1. Анатомия брюшной стенки	43
4.2. Анатомия внутренних половых органов	50
4.3. Анатомия наружных половых органов, промежности и влагалища	61
4.4. Анатомия мочевыделительной системы	66
Глава 5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	69
5.1. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища	69
5.2. Биопсия шейки матки	71
5.3. Зондирование полости матки	71
5.4. Диагностическое выскабливание	71
5.5. Ультразвуковое исследование	72
5.6. Рентгенологическое исследование	76
5.7. Радионуклидное исследование	86
5.8. Компьютерная томография	89
5.9. Эндоскопическое исследование	90
5.10. Морфометрия	96

Глава 6.	СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	97
	6.1. Состояние мочевыделительной системы	97
	6.2. Состояние молочных желез	102
	6.3. Состояние гепатобилиарной системы	104
Глава 7.	СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ. <i>В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, Л. В. Адамян</i>	107
	7.1. Использование полимеров	108
	7.2. Использование консервированных тканей	124
	7.3. Эндоскопическая хирургия внутренних половых органов	127
	7.4. Использование лазеров	130
	7.5. Электрохирургия	136
	7.6. Криохирургия и ультразвук	138
	7.7. Использование сшивающих аппаратов	141
	7.8. Использование микрохирургической техники при лечении трубного бесплодия	146
Глава 8.	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	157
	8.1. Миома матки	157
	8.2. Доброкачественные опухоли яичников	188
	8.3. Опухолевидные образования яичников	204
	8.4. Опухоли у детей и подростков	216
Глава 9.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	220
	9.1. Пластические операции на шейке матки	220
	9.2. Киста гартнерова хода	228
	9.3. Киста большой железы преддверия влагалища	229
	9.4. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования наружных половых органов	230
Глава 10.	ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ. <i>Л. В. Адамян</i>	233
	10.1. Общие положения	233
	10.2. Классификация	236
	10.3. Клиническая картина	237
Глава 11.	АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	261
	11.1. Диагностика	263
	11.2. Клиническая картина	264
	11.3. Пластические операции	269
Глава 12.	АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	283
	12.1. Виды аномалий	283
	12.2. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки	287
Глава 13.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ. <i>В. И. Кулаков, В. И. Краснопольский</i>	302
	13.1. Общие положения	302
	13.2. Роль микробного фактора в этиологии воспалительных процессов в половых органах	302

13.3. Показания к хирургическому лечению воспалительных опухолевидных образований придатков матки	303
13.4. Хирургическое лечение	305
Глава 14. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ. Н. Д. Селезнева	314
14.1. Показания	315
14.2. Противопоказания	315
14.3. Реабилитация после операции на маточных трубах	317
14.4. Стерилизация	318
Глава 15. ГЕНИТАЛЬНЫЕ СВИЩИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. Н. Д. Селезнева, Л. К. Савицкая	320
15.1. Общие положения	320
15.2. Классификация	321
15.3. Пузырно-влагалищные свищи	321
15.4. Пузырно-маточные свищи	328
15.5. Пузырно-придатковые свищи	329
15.6. Мочеточниковые свищи	329
15.7. Сложные мочеполовые свищи	331
15.8. Переднебрюшностеночные маточные свищи	334
15.9. Переднебрюшностеночные придатковые свищи	335
15.10. Прямокишечно-влагалищные свищи и старые разрывы промежности III степени	335
15.11. Хирургическое лечение недержания мочи при напряжении	343
Глава 16. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева	346
16.1. Аборт	346
16.2. Самопроизвольный аборт	349
16.3. Внебольшничный аборт	349
16.4. Шеечная беременность	351
16.5. Инфицированный аборт	353
16.6. Перфорация матки	353
16.7. Параметрит	355
16.8. Абсцесс прямокишечно-маточного углубления	356
16.9. Сепсис	356
16.10. Внематочная беременность	360
16.11. Кесарево сечение	370
Глава 17. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. В. И. Кулаков, В. И. Краснопольский	383
17.1. Рак шейки матки	383
17.2. Рак тела матки	397
17.3. Саркома матки	401
17.4. Хорионэпителиома	402
17.5. Рак яичников	403
17.6. Рак маточной трубы	411
17.7. Рак влагалища	412
17.8. Рак наружных половых органов	413
17.9. Рак молочной железы	418
Глава 18. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ, И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. Н. Д. Селезнева	421
18.1. Общие положения	421
18.2. Травмы наружных половых органов и влагалища	426

18.3. Аппендицит	427
18.4. Острая непроходимость кишечника	430
18.5. Прободная язва	432
18.6. Тромбоз сосудов брыжейки	432
18.7. Спаечная болезнь	433
18.8. Опухоль кишечника или брыжейки	434
18.9. Острый панкреатит	434
18.10. Почечная колика	435
18.11. Дистопированная почка	436
18.12. Дистопированная селезенка	436

Глава 19. ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И В ПОСЛЕ- ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. <i>Н. Д. Селезнева</i>	437
19.1. Осложнения во время операции	437
19.2. Осложнения после оперативного вмешательства	441
19.3. Инородное тело в брюшной полости	454
19.4. Тромбозмембранные осложнения	455

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	456
-----------------------------	-----

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	457
--------------------------------	-----

Практическое руководство

Владимир Иванович **Кулаков**,
Наталья Дмитриевна **Селезнева**,
Владислав Иванович **Краснопольский**

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Зав. редакцией *Э. М. Попова*
Редактор *Е. В. Егорова*
Редактор издательства *Л. Д. Иванова*
Мл. редактор *В. И. Лукьянова*
Художественный редактор *В. Л. Фесенко*
Оформление художника *С. М. Лымина*
Технический редактор *Н. А. Пошкребнева*
Корректор *Л. А. Кокарева*

ИБ 4969

Сдано в набор 13.12.89. Подписано к печати 09.04.90. Формат бумаги 60×90/16. Бумага офсетная № 1. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 29,0. Усл. кр.-отт. 29,0. Уч.-изд. л. 31,67. Тираж 70 000 экз. Заказ 695. Цена 2 р.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 101000 Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Госкомпечати СССР. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.