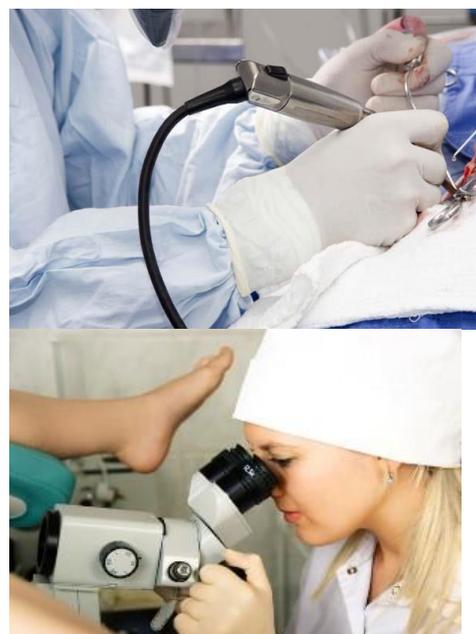


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

АТЛАС ПО ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ И ОПЕРАЦИЙ

учебное пособие
по овладению практическими навыками
модуля «Гинекология»
в рамках реализации профессиональных компетенций
специальности 31.05.01 - Лечебное дело



Уфа
2017

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

АТЛАС ПО ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ И ОПЕРАЦИЙ

**учебное пособие
по овладению практическими навыками
модуля «Гинекология»
в рамках реализации
профессиональных компетенций
специальности 31.05.01 - Лечебное дело**

Уфа - 2017

УДК 618.1-089(084.4)(075.8)

ББК 57.157я7

А 92

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук Т.М. Соколова

профессор, доктор медицинских наук Г.О. Гречканев

Учебное пособие: **Атлас по технике выполнения гинекологических манипуляций и операций** / сост.: Т.Ф. Тихонова, И.В. Сахаутдинова, Э.М. Зулкарнеева, С.У. Хамадьянова, А.Д. Марон. - Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ, 2017. - 93 с.: ил.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с основной общеобразовательной программой (ООП) по специальности 31.05.01 - «Лечебное дело», на основании действующего учебного плана БГМУ и рабочей программы дисциплины «Акушерство и гинекология».

В пособии изложен материал по основам техники выполнения гинекологических манипуляций, применяемых в гинекологической практике. Пособие иллюстрировано рисунками, фотографиями.

Учебное пособие оснащено контрольными вопросами, тестовыми заданиями, ситуационными задачами с эталонами ответов и списком рекомендуемой литературы.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по специальности 31.05.01 – «Лечебное дело» по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

УДК 618.1-089(084.4)(075.8)

ББК 57.157я7

© Т.Ф. Тихонова, И.В. Сахаутдинова,
Э.М. Зулкарнеева, С.У. Хамадьянова, А.Д. Марон
© Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,
2017.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.	6
Введение.	7
I. Методы диагностики в гинекологии.	8
1. Клинические методы обследования.	8
1.1. Техника осмотра наружных половых органов.	8
1.2. Техника осмотра шейки матки при помощи зеркал.	9
1.3. Методика бимануального влагалищного исследования.	10
1.4. Техника ректовагинального осмотра.	12
2. Лабораторные методы исследования.	12
2.1. Техника взятия содержимого влагалища на бактериоскопическое исследование.	12
2.2. Методика взятия мазка на выявление гн (гонореи)	13
2.3. Техника взятия мазка из цервикального канала на бактериологическое исследование	15
2.4. Методика взятия поверхностного соскоба с шейки матки на онкоцитологическое исследование.	16
2.5. Техника взятия соскоба с шейки матки с использованием Cervex-brush.	17
2.6. Методика аспирационной биопсии эндометрия	19
3. Инструментальные методы обследования.	20
3.1. Техника простой и расширенной кольпоскопии.	20
3.2. Техника гистеросальпингографии.	21
3.3. Ультразвуковое исследование органов малого таза.	23
3.4. Эхогистерография.	24
3.5. Эхогидросальпингоскопия.	25
3.6. Магнитно-резонансная томография органов малого таза.	26
II. Хирургические методы лечения.	28
1. Малые гинекологические операции.	28
1.1. Техника зондирования полости матки.	28
1.2. Техника раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала.	29
1.3. Удаление полипа цервикального канала.	31
1.4. Техника пункции позаднедаточного пространства через задний свод влагалища.	32
1.5. Техника введения и удаления внутриматочного контрацептива.	33
1.6. Техника вскрытия абсцесса бартолиновой железы.	35
1.7. Методика оперативного лечения кисты бартолиновой железы.	37
1.8. Техника рассечения перегородки влагалища	38
2. Искусственное прерывание беременности.	40

2.1.Методика медикаментозного аборта.	40
2.2.Техника мини-аборта.	42
2.3.Техника проведения медицинского аборта.	43
2.4.Методы прерывания беременности во 2 триместре.	45
3. Хирургические вмешательства на шейке матки.	46
3.1.Техника прицельной биопсии шейки матки.	46
3.2.Техника наложения швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности во время беременности.	48
3.3.Петлевая радиоволновая эксцизия шейки матки.	50
3.4.Криодеструкция шейки матки.	51
3.5.Лазерная хирургия шейки матки.	51
3.6.Пластические операции на шейке матки.	52
4. Методика проведения гистероскопии.	54
5. Общие принципы проведения оперативных вмешательств.	56
6. Операции на придатках матки.	57
6.1.Техника тубэктомии.	57
6.2.Техника цистэктомии яичника.	59
6.3.Техника аднексэктомии.	60
6.4.Оперативные вмешательства при синдроме поликистозных яичников . .	61
7. Операции на матке.	62
7.1.Техника надвлагалищной ампутации матки без придатков.	62
7.2.Техника экстирпации матки с придатками.	66
8. Влагалищные операции.	67
8.1.Слинговые операции	67
8.2.Методика передней кольпоррафии.	70
8.3.Методика задней кольпоррафии с перинеолеваторопластикой.	71
8.4.Манчестерская операция.	72
8.5.Влагалищная экстирпация матки.	73
9. Новые органосберегающие технологии.	75
9.1.Абляция эндометрия.	75
9.2.Эмболизация ветвей маточных артерий.	77
9.3.MRgFUS-терапия миомы матки	78
Рекомендуемая литература	81
Вопросы для контроля	83
Тестовые задания	84
Ситуационные задачи	88
Эталоны ответов	91

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВМК	- внутриматочный контрацептив
ГСГ	- гистеросальпингография
МРТ	- магнитно-резонансная томография
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ХГЧ	- хорионический гонадотропин человека
ЭМА	- эмболизация маточных артерий
ЭхоГСС	- эхогидросальпингоскопия
MRgFUS	- Magnetic Resonance-guided Focused Ultrasound
TVT	- Tension-free Vaginal Tape
TVT-O	- Transobturator Vaginal Tape



ВВЕДЕНИЕ

Одной из задач формирования врача в процессе обучения является овладение навыками манипуляций и техниками вмешательств, позволяющими осуществлять диагностическую и лечебную деятельность.

Отмечено, что описание методологии выполнения различных манипуляций, встречающееся в медицинской литературе, неполно и не всегда правильно. В связи с этим возникла необходимость в создании учебного пособия, освещающего алгоритмы выполнения манипуляций и оперативных вмешательств, применяемых в гинекологической практике. Учебное пособие охватывает как диагностические приемы, так и хирургические манипуляции.

Атлас нацелен на оказание помощи обучающимся в овладении практическими навыками, а также преподавателям при подготовке и проведении практических занятий модуля «Гинекология».

Изучение данного пособия направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций: ОК-8, ОПК-6, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-12.



I. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

1. КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1.1. Техника осмотра наружных половых органов

Показания:

- оценка состояния наружных половых органов;
- выявление имеющейся патологии.

Алгоритм действий:

- постелить подкладную клеенку;
- больную уложить на гинекологическое кресло после освобождения мочевого пузыря;
- надеть стерильные перчатки;
- осмотреть наружные половые органы, при этом учесть:
- степень и характер развития волосяного покрова (по женскому или мужскому типу);
- развитие малых и больших половых губ;
- состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная);
- наличие патологических процессов (воспаления, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов). Обратить внимание на зияние половой щели, предложив женщине потужиться, определить, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища и матки.
- осмотреть заднепроходное отверстие с целью выявления возможных патологических процессов (варикозные узлы, трещины, кондиломы, выделения крови, гноя или слизи из прямой кишки).
- раздвинув пальцами малые половые губы, осмотреть вульву и вход во влагалище, учитывая при этом окраску, характер секрета, состояние наружного

отверстия мочеиспускательного канала и выводных протоков бартолиновых желез, форму девственной плевы или ее остатков (рис 1).

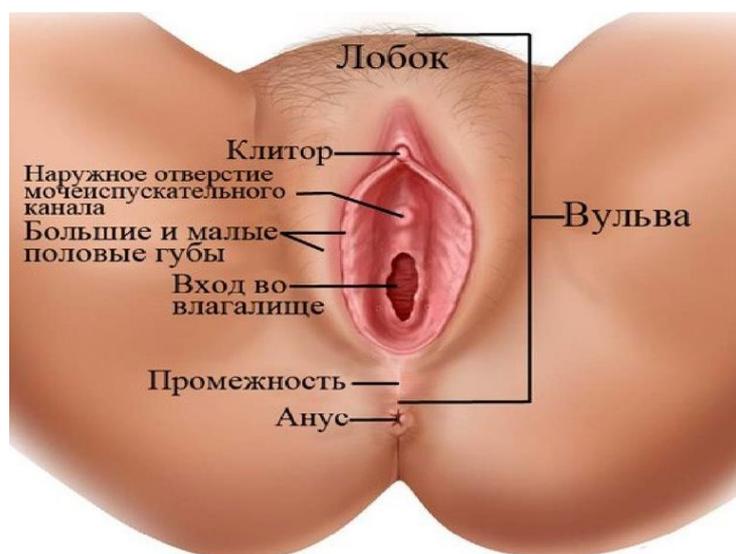


Рис. 1. Наружные половые органы женщины

1.2. Техника осмотра шейки матки при помощи зеркал

А) Порядок исследования женщины с помощью зеркала Куско:

Показания:

- исследование шейки матки и стенок влагалища;
- взятие мазков.

Противопоказание: менструация.

Алгоритм действий:

- постелить подкладную клеенку;
- уложить женщину на кресло;
- надеть перчатки;
- левой рукой раздвинуть малые половые губы;
- правой рукой ввести сомкнутое створчатое зеркало в прямом размере до середины влагалища;
- зеркало повернуть в поперечный размер и продвинуть до сводов;
- раскрыть створки и осмотреть шейку матки (рис. 2);

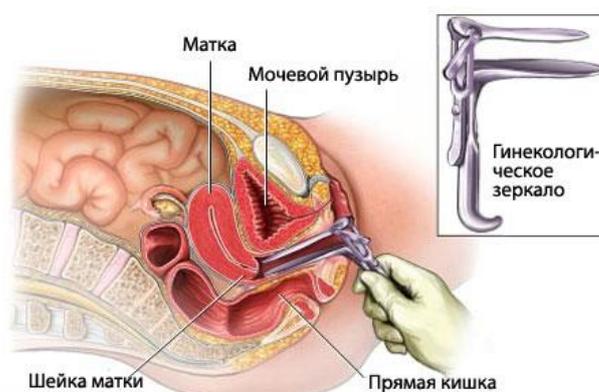


Рис. 2. Осмотр с помощью зеркала Куско

- извлекая зеркало, осмотреть стенки влагалища;
- зеркало положить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Б) Порядок исследования женщины ложкообразными зеркалами:

Показания:

- осмотр шейки матки;
- взятие мазков;
- удаление, введение ВМС;
- оперативные вмешательства.

Противопоказание: менструация.

Алгоритм действий:

- надеть перчатки;
- левой рукой раздвинуть малые половые губы;
- правой рукой осторожно ввести зеркало ребром по задней стенке влагалища, а затем повернуть поперек, оттесняя кзади промежность до заднего свода;
- левой рукой ввести подъемник и поднять переднюю стенку влагалища;
- обнажить шейку матки;
- извлекая зеркало, осмотреть стенки влагалища;
- зеркало и подъемник поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.



Рис. 3. Ложкообразное зеркало Симса

1.3. Методика бимануального влагалищного исследования

Показания:

- профилактические осмотры;
- диагностика и определение срока беременности на ранних сроках;
- обследование гинекологических больных.

Противопоказания: менструация, девственность.

Алгоритм выполнения:

- попросить женщину освободить мочевой пузырь;

- постелить подкладную пеленку;
- уложить женщину на кресло или на кушетку (при этом под крестец подложить валик, чтобы тазовый конец был приподнят);
- наружные половые органы обрабатывать только при значительном загрязнении их кровью или выделениями;
- надеть стерильные перчатки;
- указательным и большим пальцами левой руки развести большие и малые половые губы;
- осмотреть вульву, слизистую оболочку входа во влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки бартолиновых желез и промежность;
- указательный и средний пальцы правой руки ввести во влагалище, тыльной стороной безымянного пальца и мизинца упереться в промежность, большой палец отвести кверху (рис. 4);
- введенными во влагалище пальцами исследовать: состояние мышц тазового дна, стенок и сводов влагалища, форму и консистенцию шейки матки, состояние наружного зева (закрытый, открытый);
- затем пальцы правой руки перевести в передний свод влагалища;
- пальцами левой руки через брюшную стенку живота пропальпировать тело матки. Сближая пальцы обеих рук, определить положение, форму, величину, консистенцию матки;
- затем пальцы исследующих рук переместить от углов матки поочередно в боковые своды влагалища и исследовать состояние придатков с обеих сторон;
- в конце исследования прощупать внутреннюю поверхность костей таза и измерить диагональную конъюгату;
- извлечь пальцы правой руки из влагалища и обратить внимание на цвет, запах

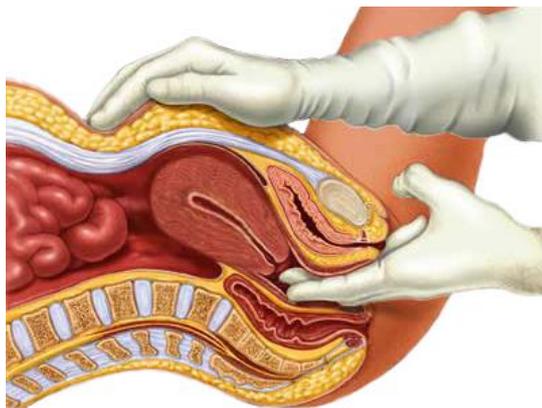


Рис.4. Бимануальное влагалищное исследование

выделений.

1.4. Техника ректовагинального осмотра

Ректовагинальный осмотр производится врачом – гинекологом с целью выявления патологических изменений в стенке влагалища, параметрии, прямой кишке или прямокишечно-влагалищной перегородке, после реконструктивно-восстановительных операций на мочеполовых органах.

Показания:

- подозрение на ректовагинальный свищ,
- для определения наличия полипов или геморроя,
- при обширных воспалительных процессах,
- при развивающемся раке матки.

Алгоритм действий: в прямую кишку вводят средний палец правой руки, а во влагалище – указательный палец. Производят пальпацию органов малого таза через брюшную стенку, оценивая состояние матки и придатков, сводов влагалища (рис. 5).

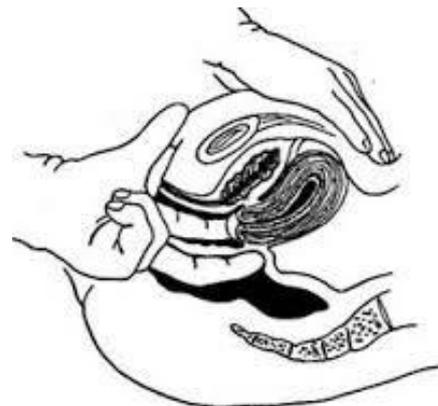


Рис. 5. Ректовагинальное исследование

2. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Техника взятия содержимого влагалища на бактериоскопическое исследование

Показания:

- обследование перед влагалищными операциями;
- воспалительные заболевания половых органов;
- обследование беременных;
- профилактические осмотры.

Оснащение: зеркало Куско, ложка Фолькмана или шпатель Эйра, предметное стекло (рис.6).

Алгоритм действий:

- постелить стерильную пеленку;
- уложить женщину на кресло;
- надеть перчатки;
- левой рукой раздвинуть малые половые губы;
- во влагалище ввести зеркало;
- ложкой Фолькмана или шпателем Эйра взять материал из заднего свода влагалища, нанести на предметное стекло мазок;
- инструменты поместить в емкость с дезинфицирующим раствором;
- мазки высушить и отправить с направлением в лабораторию.



Рис. 6. Одноразовый стерильный набор для гинекологического осмотра

Таблица 1

Оценка степени чистоты влагалища (A.F. Heurlein, 1910)

Микроскопическая картина	I	II	III	IV
Палочки Додерляйна	+++	++	+	-
Сомма variabile	-	-	++	++
Гр (-) кокки и /или палочки	-	-	++	++
Анаэробы, стрептококки, колибациллы, трихомонады				
Лейкоциты	-	+	++	+++
Эпителиальные клетки	единичные	+	+	++

2.2. Методика взятия мазка на выявление гп (гонореи)

Показания:

- диагностика воспалительных процессов и венерических заболеваний;
- обследование беременных и гинекологических больных.

Оснащение: пара перчаток, створчатое зеркало, ложка Фолькмана, желобоватый

зонд (шпатель Эйра), пинцет, 4 - 6 марлевых тампонов, 2 предметных стекла.

Подготовительный этап:

- получить у пациентки информированное согласие на исследование;
- постелить стерильную пеленку на гинекологическое кресло;
- женщину уложить на гинекологическое кресло;
- обработать руки;
- надеть перчатки.

Алгоритм действий:

- Указательным и большим пальцем левой руки раздвигают большие и малые половые губы;
- Правой рукой вводят створчатое зеркало, сомкнутое в прямом размере до середины влагалища, далее зеркало поворачивают в поперечный размер и продвигают до сводов, раскрывая створки, в результате чего шейка матки обнажается и становится доступной для осмотра;
- Протирают шейку матки стерильным тампоном, пропитанным физиологическим раствором.
- Вводят ложку Фолькмана (конец с большим диаметром) в цервикальный канал на 1,5-2 см, делают легкий соскоб. Легкое соскабливание необходимо, так как некоторые возбудители расположены под эпителиальным покровом. Содержимое цервикального канала наносят на 2 предметных стекла в виде штриха с отметкой С.
- Желобоватым зондом из заднего свода влагалища берут свободно расположенный материал. Наносят материал на 2 предметных стекла в виде штриха с отметкой V.
- Извлекают зеркало из влагалища.
- Для взятия биологического материала из уретры двумя марлевыми тампонами обнажают уретру. Указательный палец правой руки вводят во влагалище и слегка массируют уретру через переднюю стенку влагалища. Первую порцию выделений из уретры снимают марлевым тампоном. Вводят в уретру ложку Фолькмана (конец с меньшим диаметром) на глубину не более 1,5 см. Легким поскабливанием

берут материал из уретры. Материал в виде кружочка наносят на 2 предметных стекла с отметкой *U*.

- Все инструменты после использования погружают в емкость с дезинфицирующим средством.
- Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают ветошью с дезинфицирующим средством.
- Перчатки снимают и помещают их в дезинфицирующий раствор (согласно инструкции). Моют руки с мылом или антисептиком и сушат их.
- Мазки высушивают и отправляют с направлением в лабораторию. В лаборатории мазки на одном стекле окрашивают метиленовым синим, на втором - по Граму. После этого их исследуют под микроскопом.

2.3. Техника взятия мазка из цервикального канала на бактериологическое исследование

Показания:

Диагностика воспаления и определение вида возбудителя, его количества и чувствительности к антибиотикам.

Алгоритм действий:

- получить у пациентки информированное согласие на исследование;
- постелить стерильную пеленку на гинекологическое кресло;
- женщину уложить на гинекологическое кресло;
- обработать руки, надеть перчатки;
- указательным и большим пальцем левой руки раздвинуть большие и малые половые губы;
- правой рукой ввести створчатое зеркало, сомкнутое в прямом размере до середины влагалища, далее зеркало повернуть в поперечный размер и продвинуть до сводов, раскрывая створки, в результате чего шейка матки обнажается и становится доступной для осмотра;
- перед взятием материала необходимо удалить ватным тампоном слизь и затем обработать шейку матки стерильным физиологическим раствором;

- зонд вводится в цервикальный канал на глубину 0,5-1,5 см (рис. 7);
- при извлечении зонда необходимо полностью исключить его касание со стенками влагалища;
- после взятия материала зонд опускается в пробирку с транспортной средой (рис. 8).

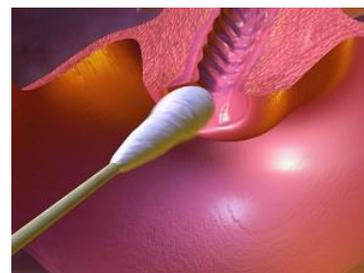


Рис. 7. Взятие материала из цервикального канала

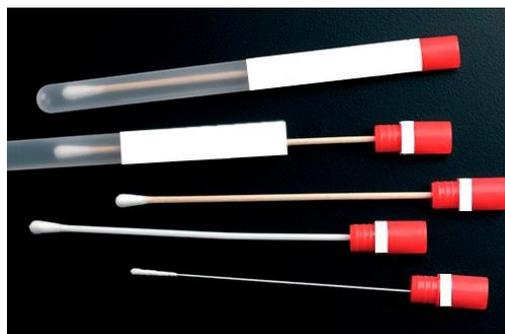


Рис.8. Пробирки для бактериологического исследования

2.4. Методика взятия поверхностного соскоба с шейки матки на онкоцитологическое исследование

Показания:

- диагностика предраковых и злокачественных процессов женских половых органов;
- профилактические осмотры.

Оснащение: зеркало Куско, корнцанг, ложечка Фолькмана, предметное стекло.

Алгоритм действий:

- постелить подкладную клеенку;
- уложить женщину на кресло;
- надеть перчатки;
- указательным и большим пальцем левой руки раздвинуть большие и малые половые губы;
- правой рукой ввести створчатое зеркало, сомкнутое в прямом размере, до середины влагалища. Далее зеркало повернуть в поперечный размер и продвинуть до сводов, раскрывая створки, в результате чего шейка матки обнажается и стано-

вится доступной для осмотра;

➤ одним концом ложечки Фолькмана взять материал путем соскоба с наружной поверхности шейки матки и на предметное стекло нанести мазок в виде горизонтальной линии;

➤ другим концом ложечки взять материал из внутренней стенки цервикального канала и нанести мазок на предметное стекло в виде вертикального мазка (рис. 9);

➤ инструменты положить в таз с дезинфицирующим раствором;

➤ выписать направление в лабораторию, где необходимо отметить: Ф.И.О., возраст, адрес, клинический предварительный диагноз.

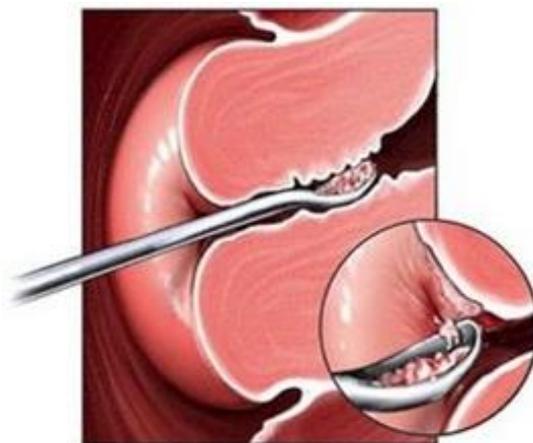


Рис.9. Взятие соскоба со стенки цервикального канала

Помимо ложки Фолькмана, для забора материала используют шпатель Эйра, цитощетки (cytobrush) различной модификации и *Cervex-Brush* (рис. 10).



Рис. 10. Инструменты для забора материала на цитологическое исследование

2.5. Техника взятия соскоба с шейки матки с использованием Cervex-Brush

Мазки с использованием *Cervex-Brush* берут с поверхности влагалищной части шейки матки, из зоны трансформации (граница стыка цилиндрического эпителия с многослойным плоским) и из нижней трети цервикального канала.

Алгоритм:

➤ При визуальном осмотре нормальной шейки матки необходимо оценить количество слизи

на ее поверхности.

➤ При значительном количестве слизи осторожно убирают ее мягким ватным тампоном путем легкого промокания.

➤ Упаковку *Cervex-Brush* вскрывают.

➤ *Cervex-Brush* вводят во влагалище под визуальным контролем, и ее конус осторожно направляют в цервикальный канал. П

➤ После введения конуса *Cervex-Brush* в цервикальный канал щеточку прижимают к поверхности шейки и производят 5 полных круговых движений - трижды по часовой стрелке и дважды против часовой стрелки.

➤ Щеточку удаляют из влагалища.

Содержимое щеточки наносят на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки (рис. 11).

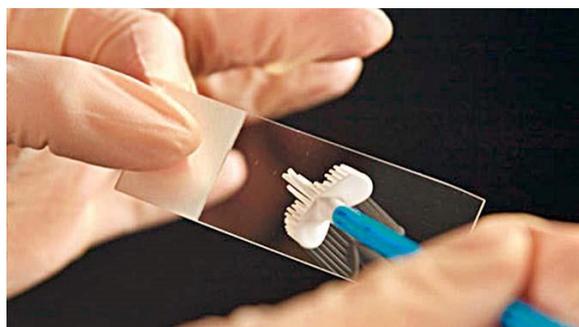


Рис. 11. Нанесение мазка на предметное стекло

Другим, более информативным способом приготовления цитологического препарата является **жидкостная цитология**, рекомендованная в качестве «золотого стандарта» диагностики интраэпителиальных неоплазий со слизистой цервикального канала и влагалищной части шейки матки.



Рис. 12. Комбинированная цитощеточка

По сравнению с традиционным методом приготовления мазка со слизистой шейки матки технология жидкостной цитологии позволяет значительно повысить качество цитологического мазка. Для забора материала используется комбинированная цитощеточка особой конструкции (рис. 12). Ее аккуратно вводят в цервикальный канал, после чего совершают вращательные движения (2 против движения часовой стрелки и 3 по

ее ходу). Цитощеточка с материалом помещается в специальный флакон (виалу) (рис. 13.) с особой жидкостью, обладающей консервирующими и стабилизирую-

щими свойствами.



Рис. 13. Набор для жидкостной цитологии – виала и цитощетки

2.6. Методика аспирационной биопсии эндометрия

Пайпель представляет собой небольшой пластиковый цилиндр с поршнем, общим диаметром 3 мм (рис. 14). При помощи этого цилиндра производится аспирация эндометрия из полости матки (рис. 15). Процедура аспирационной биопсии эндометрия проводится в промежуток с 8 по 10 день цикла. Этот способ позволяет определить возможность патологических изменений в эндометрии и подтвердить или исключить развитие в матке злокачественных новообразований.



Рис. 14. Пайпель

Преимущества метода:

- безболезненный метод;
- наименее травматичен для эндометрия;
- не требует расширения шейки матки;
- допускает использование в условиях кабинета;
- не нуждается в анестезии;
- не требует госпитализации.

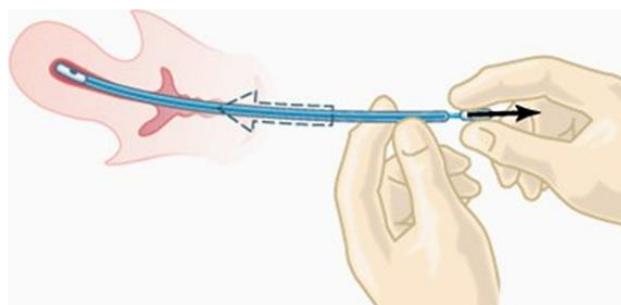


Рис.15. Техника забора аспирата из полости матки

Показания:

- диагностика различных гинекологических заболеваний;
- обследование перед предстоящим зачатием (ЭКО);
- обследование при привычном невынашивании беременности.

Противопоказания:

- воспалительный процесс половых органов;
- острый инфекционный процесс;
- наличие инфекций, передающихся половым путем;
- беременность.

3. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

3.1. Техника простой и расширенной кольпоскопии

Кольпоскопия - диагностический осмотр преддверия, стенок влагалища, влагалища и влагалищной части шейки матки при помощи кольпоскопа - специального прибора, представляющего собой биноккуляр и осветительный прибор (рис. 16)

Выделяют два вида кольпоскопии: простую и расширенную. Под простой кольпоскопией подразумевается обычный осмотр слизистой шейки матки с оценкой ее поверхности, состояния старых разрывов, особенностей наружного зева, границы плоского и цилиндрического эпителиев.

Расширенная кольпоскопия включает в себя обработку слизистой растворами, позволяющими визуализировать патологические участки.

После обработки 3% раствором уксусной кислоты происходит коагуляция слизи, возникает временный отек, происходит сокращение нормальных подэпителиальных сосудов, уменьшается кровоснабжение тканей (рис.17 Б). Стенки вновь обра-

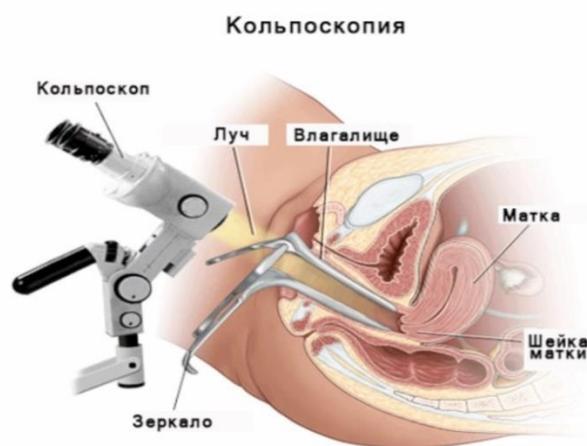


Рис. 16. Техника проведения кольпоскопии

зованных сосудов, не имеющие мышечного слоя и состоящие из эндотелия, не реагируют на уксусную кислоту, что расценивается как отрицательная реакция.

Наличие в клетках гликогена выявляется во время проведения пробы Шиллера, когда исследуемая зона обрабатывается раствором Люголя. Нормальный зрелый плоский эпителий, богатый гликогеном, окрашивается в темно-коричневый цвет. Пораженные участки не окрашиваются раствором и имеют вид белесоватых пятен на фоне темно-коричневой ткани шейки матки и влагалища (йоднегативная зона), в таком случае, проба считается положительной (рис. 17 В).

Йоднегативными являются: призматический и метапластический эпителий, участки дисплазии, рак.

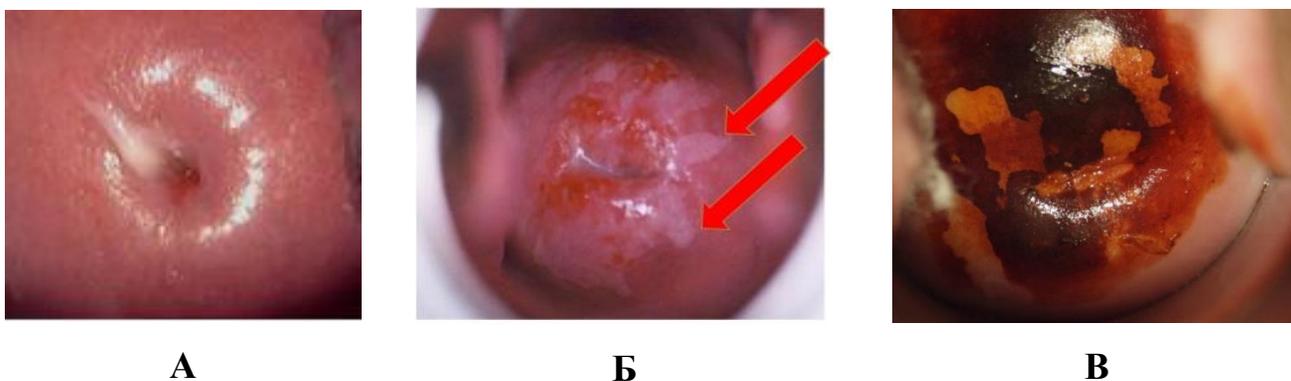


Рис. 17. Кольпоскопическая картина: А - норма, Б - проба с 3% уксусной кислотой, виден ацетобелый эпителий; В - проба Шиллера, визуализируются йоднегативные зоны.

Противопоказания к кольпоскопии. Абсолютных противопоказаний для проведения кольпоскопии нет - есть только временные. К временным ограничениям относят период менструации, по окончании которой кольпоскопию можно провести. Беременность не является противопоказанием.

3.2. Техника гистеросальпингографии

Гистеросальпингография (ГСГ) — это рентгенологическое исследование матки и маточных труб с помощью введения контрастного вещества через катетер в полость матки. В качестве контрастного вещества наиболее часто применяют водорастворимые контрастные препараты: 50% и 70% растворы кардиотраста, 60% и 76% растворы триомбраста, 60% и 70% растворы уротраста, 76% раствор веро-

графина и др.

Показания:

- подозрения на непроходимость маточных труб, новообразования в полости матки, туберкулез половых органов, спаечный процесс, инородное тело в матке,
- врожденные аномалии развития внутренних женских половых органов,
- истмико-цервикальная недостаточность,
- эндометриоз,
- гиперплазия эндометрия.

Противопоказания:

- острые и подострые воспалительные заболевания;
- дисплазия и рак шейки матки;
- III или IV степень чистоты влагалищного содержимого;
- подозрение на беременность;
- аллергия на йод.

Оснащение: ложкообразные зеркала, подъемник, пулевые щипцы, корнцанг, маточный зонд, маточная канюля, шприц объемом 10 мл, водорастворимое йодсодержащее контрастное вещество. ГСГ проводится в рентгеновском кабинете.

Техника проведения

- обработать наружные половые органы;
- обнажить шейку с помощью ложкообразного зеркала и подъемника, обработать антисептиком;
- пулевыми щипцами захватить шейку матки за переднюю губу;
- полость матки осторожно зондировать;
- в цервикальный канал ввести маточную канюлю с присоединенным к ней шприцем, наполненным контрастным веществом;
- ввести около 2 мл контраста и сделать первый снимок, чтобы получить рельефное изображение матки;
- ввести около 4 мл жидкости, чтобы контрастное вещество заполнило трубы и частично проникло в брюшную полость. С помощью второго снимка определяют патологию труб и их проходимость (рис. 18);

➤ в случае необходимости делается третий снимок.



Рис. 18. Рентгенограммы при проведении ГСГ

3.3. Ультразвуковое исследование органов малого таза

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – высокоинформативный, неинвазивный и безопасный метод диагностики заболеваний органов малого таза.

Подготовка к процедуре:

УЗИ малого таза у женщин может проводиться трансабдоминальным (с наполненным мочевым пузырем в качестве акустического окна) и трансвагинальным (с пустым мочевым пузырем) доступом (рис. 19). Наиболее показательным будет гинекологическое УЗИ, проведенное в первые 7-10 дней менструального цикла.

Показания:

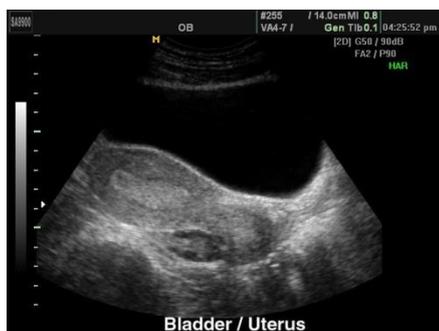
- обследования органов малого таза
- обследования органов малого таза

Противопоказание:

- аллергии на латекс (если таковая имеется).
- временно невозможным проведение диагностики делает наличие менструации.

Алгоритм проведения:

- пациентка обнажает низ живота (для абдоминального УЗИ) или раздевается ниже пояса (для трансвагинальной УЗ-диагностики);
- пациентку укладывают на кушетку, подстелив пеленку;
- на датчик наносится специальный проводящий гель;



А



Б

Рис. 19. Изображение матки, полученное трансабдоминальным (А) и трансвагинальным (Б) доступом

- для трансвагинального УЗИ используют специальный трансдюсер, имеющий диаметр около 3 см. В целях гигиены на наконечник датчика надевают одноразовый презерватив.

- оценивается положение, структура и размеры матки и ее шейки, размер и расположение яичников, наличие и размеры фолликулов, а также образований в матке или придатках.

3.4. Эхогистерография

Эхогистерография является чувствительным неинвазивным методом диагностики таких очаговых внутриматочных поражений, как рак, гиперплазия и полипы эндометрия, субмукозные миомы матки, пороки развития и др.

Метод эхогистерографии основан на введении в полость матки контрастного вещества, создающего акустическое окно и позволяющего точнее визуализировать структурные изменения в ней (рис. 20). В качестве контраста наиболее часто используют стерильный изотонический раствор хлорида натрия.



Рис. 20. Полипы эндометрия в полости матки

Техника проведения:

- после опорожнения мочевого пузыря женщину укладывают на кушетку, затем осуществляют полное обзорное УЗИ органов малого таза;
- УЗ-датчик удаляют, во влагалище вставляют зеркало, шейку матки обрабатывают антисептическим раствором;

- шприц объемом 20 мл заполняют стерильным изотоническим раствором натрия хлорида и соединяют с мягким пластиковым катетером, заполненным изотоническим раствором натрия хлорида;
- катетер вводят через шейку в полость матки за внутренний зев, если у катетера имеется баллон, то его заполняют во избежание подтекания контраста;
- зеркало удаляют;
- трансвагинальный датчик вводят во влагалище.

Возможными осложнениями при эхогистерографии являются:

- попадание воздуха в полость матки. Для профилактики этого осложнения необходимо заполнить катетер изотоническим раствором натрия хлорида перед проведением эхогистерографии.
- механическое повреждение эндометрия при травматичном размещении катетера. Отделенная полоска эндометрия может быть принята за патологическое образование.
- баллонный артефакт. Баллон может создавать помехи для визуализации нижнего сегмента. Наполнение баллона жидкостью, а не воздухом, поможет избежать этого. Независимо от того, чем заполнен баллон, перед завершением процедуры его следует опорожнить, последнее позволяет адекватно исследовать нижний сегмент матки и цервикальный канал на предмет патологических изменений.

3.5. Эхогидросальпингоскопия

Эхогидросальпингоскопия (ЭхоГСС) – ультразвуковой метод проверки проходимости маточных труб посредством контрастирования полости матки и маточных труб физиологическим раствором. ЭхоГСС проводится с момента окончания менструальных выделений до 10 дня менструального цикла (при 28 дневном цикле).

Показания к ЭхоГСС:

- диагностика степени непроходимости маточных труб у пациенток с бесплодием;
- подозрение на внутриматочную патологию.

Методика ЭхоГСС:

- пациентка укладывается на гинекологическое кресло;
- шейка матки обнажается в зеркалах;
- в цервикальном канале или в нижней трети полости матки фиксируется тонкий катетер Фолея и выполняется трансвагинальное ультразвуковое исследование матки и маточных труб;
- под контролем ультразвука по катетеру подается стерильный физиологический раствор, на мониторе УЗ аппарата;
- определяется ток жидкости направленный к маточным углам, что свидетельствует о проходимости маточных труб в интерстициальных отделах. При проходимых ампулярных отделах фиксируется излитие физиологического раствора в брюшную полость. При непроходимости маточных труб в истмических отделах, происходит избыточное расширение полости матки. При непроходимости в ампулярных отделах, поступающая жидкость заполняет просвет маточных труб, что фиксируется врачом на мониторе УЗ аппарата (рис. 21).
- катетер удаляется, поступивший в полость матки физраствор изливается во влагалище.

Физиологический раствор, попавший в брюшную полость (до 30 мл), постепенно всасывается через брюшину в течение нескольких дней.



Рис. 21. Схема ЭхоГСС

3.6. Магнитно-резонансная томография органов малого таза

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – это современный, неинвазивный метод диагностики, основанный на явлении магнитно-ядерного резонанса (рис. 22).

Показания:

- патология развития половых органов;
- эндометриоз;
- подозрение на онкопатологию;
- кисты и опухоли;
- рак яичников и матки;
- метастазы;
- слабость мышц тазового дна и ее причины;
- заболевания кровеносных сосудов;
- боли в копчике и крестце;
- воспалительные процессы в мочеполовой системе;
- травмы в области таза;
- послеоперационный контроль.

Противопоказания:

- избыточный вес; наличие кардиостимулятора;
- клаустрофобия;
- нервные расстройства, вызванные с невозможностью контролировать свои движения;
- аллергия на контрастное вещество.
- хроническая почечная недостаточность;
- обильное кровотечение;
- лихорадка.

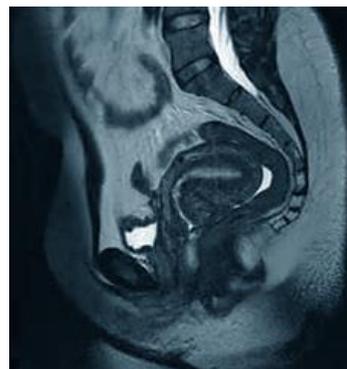


Рис. 22. Томограмма органов малого таза



II. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

1.1. Техника зондирования полости матки

Маточный зонд - изогнутый металлический инструмент длиной 20-30 см, один конец которого имеет пуговчатое утолщение, а другой представляет собой плоскую рукоятку. На зонд нанесены сантиметровые деления, что дает возможность измерять длину матки (рис. 23).

Показания к проведению зондирования полости матки:

- определение проходимости цервикального канала, наличия атрезии, стеноза;
- определение рельефа внутренней поверхности матки;
- измерение длины матки;
- определение положения матки;
- подозрение на наличие опухоли в полости матки;
- подозрение на аномалии в строении матки;
- перед внутриматочными вмешательствами.

Противопоказания:

- острые и подострые воспалительные заболевания матки и придатков;
- установленная и предполагаемая беременность.

Оснащение: ложкаобразные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, корнцанг.

Алгоритм действий:

- постелить стерильную пеленку;
- уложить пациентку на кресло;



Рис. 23. Маточный зонд

- надеть стерильные перчатки;
- провести бимануальное исследование;
- обработать наружные половые органы раствором антисептика;
- левой рукой развести малые половые губы;
- во влагалище ввести ложкообразные зеркала или зеркала и подъемник;
- обнажить шейку матки в зеркалах и захватить пулевыми щипцами;
- зонд осторожно ввести в цервикальный канал и в полость матки (рис. 24);
- определить длину матки, форму полости, ее деформацию инструменты поместить в таз с дезинфицирующим раствором

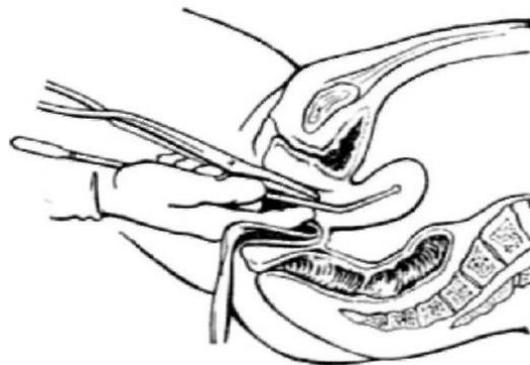


Рис. 24. Техника зондирования полости матки

Все действия проводить без усилия, чтобы предупредить перфорацию тела матки.

1.2. Техника отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала

Показания:

- диагностика злокачественной опухоли тела матки;
- задержка элементов плодного яйца;
- туберкулез эндометрия;
- внематочная беременность;
- климактерические кровотечения;
- кровотечения неясной этиологии.

Противопоказания:

- острая инфекция в организме;
- повышение температуры.

Оснащение: ложкообразные зеркала, корнцанг, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, кюретки, перчатки, 70% этиловый спирт, 5% спиртовой рас-

твор йода (рис. 25).



Рис. 25. Необходимое оснащение для проведения раздельного диагностического выскабливания (Источник: http://www.lebedeva1.ru/grid-cj5u?lightbox=image_bpw)

Алгоритм действий:

- уложить больную на гинекологическое кресло;
- тщательно обработать лобок, наружные половые органы, внутренние поверхности бедер раствором антисептика;
- под ягодицы постелить стерильную пленку;
- надеть перчатки;
- применить общее обезболивание: ингаляционный наркоз (закись азота + кислород), внутривенный наркоз (калипсол, сомбревин);
- влагалище раскрыть ложкообразными зеркалами. Вначале ввести заднее зеркало, расположить его на задней стенке влагалища, слегка надавить на промежность. Затем, параллельно ему, ввести переднее зеркало (подъемник), поднимающее переднюю стенку влагалища;
- обработать шейку матки и стенки влагалища 70% этиловым спиртом и 5%

спиртовым раствором йода;

➤ шейку матки захватить пулевыми щипцами;

➤ кюреткой №1 или 2 провести выскабливание цервикального канала, соскоб собрать в отдельную баночку;

➤ провести зондирование матки;

➤ расширить шеечный канал, вводя последовательно расширители Гегара до №10; кюреткой №4 провести выскабливание полости матки и собрать соскоб в другую баночку (рис. 26);

➤ снять пулевые щипцы;

➤ шейку матки обработать 5% спиртовым раствором йода;

➤ инструменты погрузить в таз с дезинфицирующим раствором;

➤ полученную ткань поместить в стеклянную емкость, залить 70% этиловым спиртом и написать направление в гистологическую лабораторию, где необходимо отметить Ф.И.О. пациентки, возраст, адрес, дату, предположительный клинический диагноз.

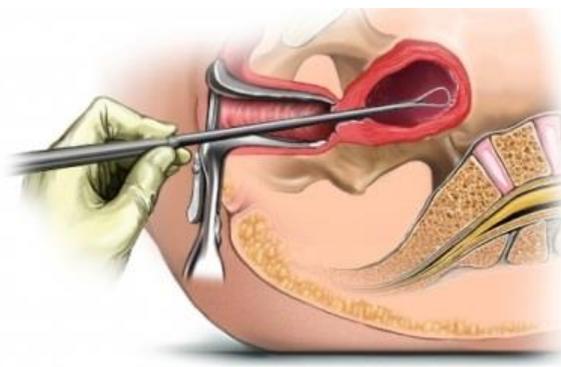


Рис. 26. Техника выскабливания полости матки

1.3. Удаление полипа цервикального канала

Показания: полипы цервикального канала (рис. 27).

Противопоказания: острые инфекционные процессы

Техника полипэктомии: После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами. Если полип имеет тонкую ножку и выступает во влагалище или виден в шеечном канале, его удаляют путем откручивания.

При мелких слизистых полипах целесообразно захватить ножку корнцангом и открутить полип, вращая его вокруг продольной оси в одну и ту же сторону.

Место отхождения полипа смазывают 5 % йодной настойкой.

Слизистые полипы нередко бывают множественными, поэтому при отсутствии противопоказаний следует произвести зондирование и выскабливание слизистой оболочки матки после предварительного расширения шейного канала.

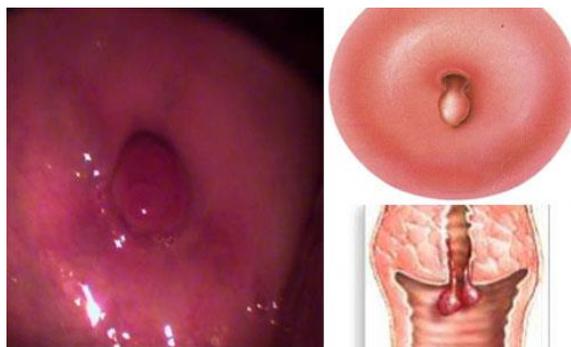


Рис. 27. Полип цервикального канала

Фиброзные полипы, имеющие тонкую ножку, удаляют также путем откручивания. При значительных размерах полипа его захватывают крепкими щипцами и затем приступают к откручиванию. Если ножка толстая, то рождающийся фиброзный полип захватывают щипцами и, слегка их потягивая, чтобы не произвести выворот матки, обнажают ножку опухоли. Затем концами изогнутых ножниц надсекают капсулу опухоли, держась у границы перехода опухоли в ножку, и приступают к откручиванию фиброзного полипа. Подобный метод более целесообразен, чем простое отсечение ножки опухоли, так как сопровождается незначительной кровопотерей: операция производится по типу вылушивания опухоли, а сосуды при выкручивании также перекручиваются и не кровоточат.

1.4. Техника пункции позадиматочного пространства через задний свод влагалища

Показания:

- диагностика внутрибрюшного кровотечения;
- подозрение на скопление воспалительной жидкости в дугласовом кармане.

Оснащение: ложкообразные зеркала, корнцанг, пулевые щипцы, шприц с длинной иглой, 70% спирт, 5% спиртовой раствор йода, ватные шарики, перчатки.

Алгоритм действий:

- постелить стерильную пеленку;
- больную уложить на гинекологическое кресло;
- тщательно обработать лобок, наружные половые органы, внутренние поверхности бедер раствором антисептика;

- надеть перчатки;
- во влагалище ввести ложкообразное зеркало и расположить его на задней стенке, слегка надавить на промежность;
- параллельно ему ввести подъемник, поднимающий переднюю стенку влагалища;
- с помощью корнцанга раствором спирта и йода обработать шейку и задний свод влагалища;
- пулевыми щипцами зафиксировать шейку матки за заднюю губу и приподнять кверху;
- строго по средней линии на 1,5-2 см ниже шейки произвести пункцию иглой через задний свод и отсосать содержимое (рис. 28);
- при наличии в шприце несвертывающейся крови подтверждается подозрение на внутрибрюшное кровотечение, при наличии воспалительной жидкости - пельвиоперитонит;
- инструменты поместить в таз с дезинфицирующим раствором.

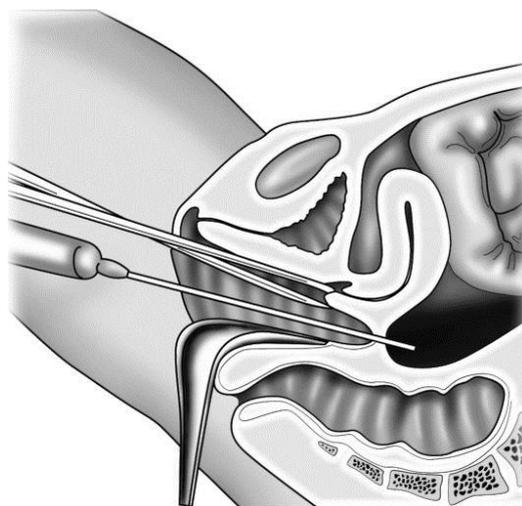


Рис. 28. Пункция заднего свода влагалища

1.5. Техника введения и удаления внутриматочного контрацептива

Показание: контрацепция

Противопоказания:

1) абсолютные:

- установленная или предполагаемая беременность;
- онкологическая патология матки или шейки матки;
- маточные кровотечения неясного генеза;
- острые или рецидивирующие инфекции полового тракта;
- аллергия к меди;

2) относительные:

- внематочная беременность в анамнезе;
- изменения в полости матки (пороки развития, миома матки);
- анемия;
- отсутствие родов в анамнезе;
- наличие многих сексуальных партнеров;
- применение иммуносупрессивной терапии;
- коагулопатии или лечение антикоагулянтами.

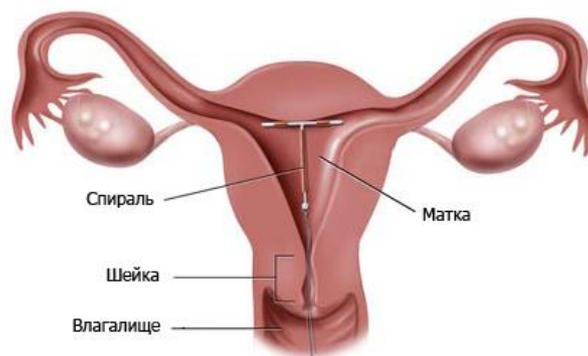


Рис. 29. ВМК в полости матки

При относительных противопоказаниях вопрос о применении внутриматочной контрацепции решается индивидуально. При наличии у пациентки анемии, миомы матки, эндометриоза гормоналосодержащие внутриматочные контрацептивы (ВМК) могут быть методом выбора.

Перед введением ВМК необходимо провести обследование пациентки и убедиться в отсутствии противопоказаний для применения внутриматочной контрацепции.

ВМК можно вводить в любой день менструального цикла, если исключено наличие беременности. Если такая возможность существует, рекомендуется введение ВМС после следующего менструального кровотечения. Обычно ВМС вводят с 3-го по 8-й день менструального цикла, после аборта; после родов введение ВМС предпочтительно проводить спустя несколько месяцев или непосредственно после родов.

Техника введения ВМК:

- провести бимануальное обследование для исключения беременности и воспалительного заболевания половых органов, установить положение матки;
- обработать наружные половые органы раствором антисептика;
- обнажить шейку матки в зеркалах;
- обработать влагалище и шейку матки антисептическим раствором;
- наложить пулевые щипцы на переднюю губу шейки матки;

- измерить длину матки с помощью маточного зонда;
- ввести проводник с ВМК в полость матки через цервикальный канал до его соприкосновения с дном матки;
- извлечь проводник из полости матки;
- подрезать нити ВМК;
- рекомендовать пациентке контрольный осмотр по окончании первой после введения ВМК менструации (спустя 4-6 недель после введения).

Настораживающими симптомами при использовании ВМС являются:

- задержка менструации с симптомами беременности;
- боли внизу живота, сопровождающиеся плохим самочувствием, жаром или ознобом могут указывать на возможное воспаление органов малого таза;
- нити спирали отсутствуют или при проверке нащупывается кончик ВМС.

Удаление ВМК производится по истечении срока их эффективного использования, в случаях развития острых или при обострении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, при беременности до 12 нед, нарушениях менструального цикла, по истечении года после менопаузы.

ВМК рекомендуется удалять во время менструации, на 3-4 день менструального цикла.

Техника удаления ВМК:

- в асептических условиях обнажается шейка матки, визуализируются нити ВМК;
- нити ВМК захватываются щипцами, совершаются осторожные тракции до извлечения ВМК.

1.6. Техника вскрытия абсцесса бартолиновой железы

Лечение абсцесса бартолиновой железы проводится хирургическим методом (рис.30). При этом возможны два варианта вмешательства:

- экстирпация (удаление) железы;
- вскрытие абсцесса с последующим дренированием.

Экстирпация является довольно радикальным методом, железа при этом не сохраняется, а дефицит смазки влагалища отрицательно сказывается на качестве половой жизни. Кроме того, полюс железы примыкает к крупным венозным сосудам, и существует риск их повреждения во время удаления с последующим сильным кровотечением. Поэтому от такой радикальной меры отказываются в пользу операции, при которой абсцесс вскрывается с последующей постановкой катетера.



Рис. 30. Абсцесс бартолиновой железы

Техника операции:

- проводится местная анестезия;
- производят разрез кожи в месте наибольшего выпухания абсцесса, удаление гноя и промывание полости растворами антисептиков и антибиотиков;
- отток воспалительного экссудата обеспечивается постановкой катетера;
- за время заживления формируется новый проток железы, что позволяет существенно снизить риск повторного развития абсцесса.

Если происходит рецидив абсцесса, то производят операцию марсупиализации бартолиновой железы (рис.31).

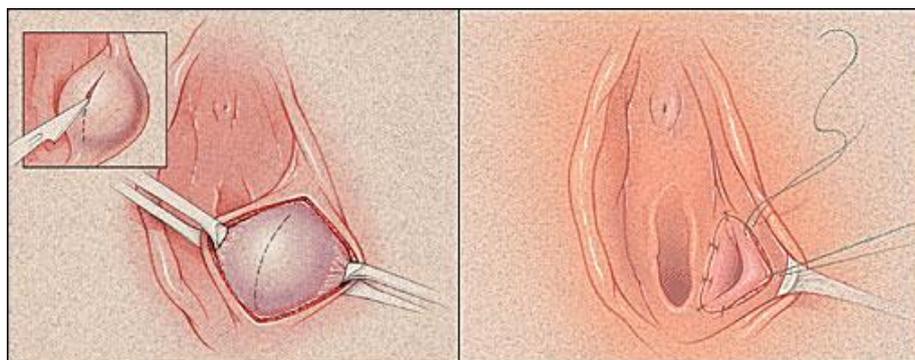


Рис. 31. Техника марсупиализации бартолиновой железы

Этапы операции марсупиализации:

- проводится местная анестезия;

- в слизистой половой губы в месте наибольшего выбухания абсцесса вырезают овальный участок размером от 1 до 1,5 см.
- вскрывшийся абсцесс опорожняют и промывают антисептическим раствором.
- стенку образования подшивают к слизистой оболочке половой губы. Формируется выводной проток, обеспечивающий отток воспалительный экссудата.

1.7. Методика оперативного лечения кисты бартолиновой железы

Существует несколько вариантов хирургического лечения кисты:

1. Марсупиализация железы: вскрытие и опорожнение кистозного пузыря с последующим хирургическим формированием нового выводного протока.
2. Установка силиконового катетера для оттока образующегося секрета. Катетер остается в теле пациентки в течение месяца, за это время полностью формируется секреторный проток железы.
3. Пункционная аспирация содержимого кисты
4. Лазерная вапоризация
5. Экстирпация – радикальное удаление бартолиновых желез вместе с выводными протоками. Операция показана только в самых тяжелых случаях заболевания с постоянными рецидивами.

Лечение бартолиновой кисты методом лазерной вапоризации

При контакте с дефектными тканями световая энергия лазера превращается в тепловую, и в результате содержимое кисты буквально испаряется, а полость кистозного пузыря склерозируется.

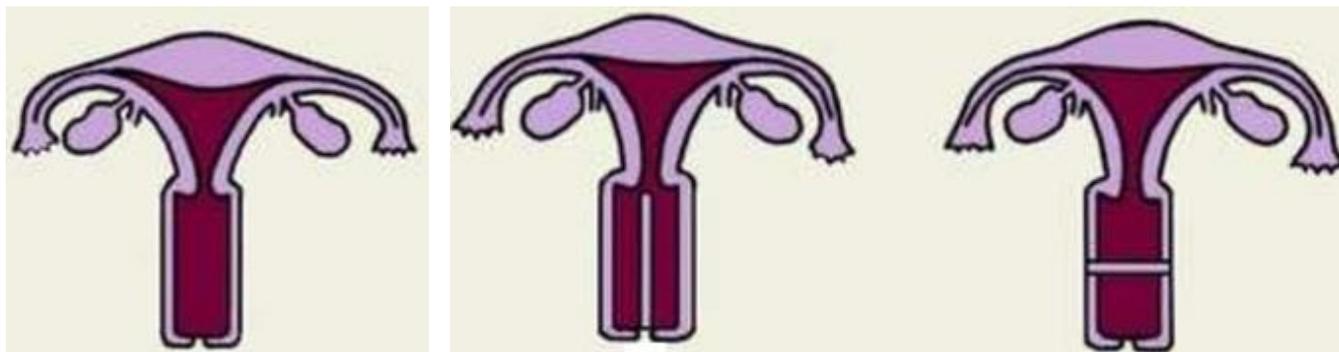
Преимущества метода:

- прицельность: воздействие оказывается только на поврежденные ткани.
- регулируемая глубина проникновения лазерного луча и его мощность.
- бескровная операция: лазер прижигает поврежденные кровеносные сосуды, поэтому возникновение кровотечения исключено.
- наименее болезненная операция, проводится без анестезии.
- быстрота: процедура занимает несколько минут.

- госпитализация после операции не требуется.
- после вапоризации не остаются рубцы и шрамы, восстановление пациентки происходит в короткий срок.
- возможность сохранения железы.

1.8. Техника рассечения перегородки влагалища

Различают продольные и поперечные перегородки влагалища (рис. 32).



А **Б** **В**
Рис. 32. Варианты расположения перегородок влагалища: А – норма, Б – продольная перегородка, В – поперечная перегородка

Показания к операции:

1. препятствие половой жизни, и, соответственно, возможности забеременеть;
2. препятствие в родах;

Продольные перегородки обычно встречаются при раздвоении влагалища и часто сопровождаются раздвоением матки (порок развития мюллеровых протоков). Продольная перегородка может тянуться вдоль всего влагалища до сводов, или занимать лишь часть влагалища, обычно в нижнем его отделе (рис. 33).

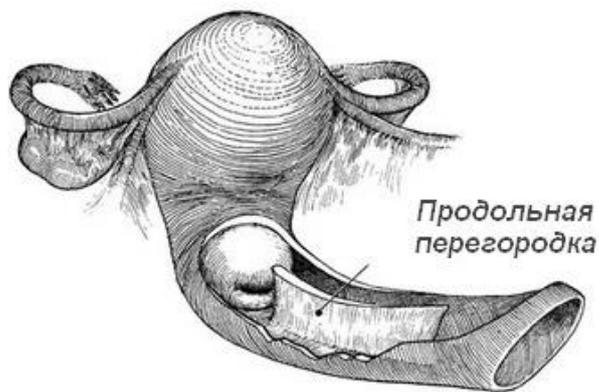


Рис. 33. Продольная перегородка влагалища

Продольную перегородку, являющуюся препятствием в родах, необходимо рассечь на всем ее протяжении по средней линии и обшить края разреза непрерывным или обвивным кетгутовым швом во избежание частичного склеивания краев разреза.

Проведение операции в плановом порядке предполагает следующие **этапы**:

- обработка наружных половых органов, влагалища;
- введение боковых зеркал для визуализации и натяжения перегородки на всем ее протяжении;
- рассечение перегородки на всем ее протяжении прямыми ножницами под контролем зрения;
- иссечение избыточной ткани, выдающейся в просвет влагалища;
- обшивание краев разреза кетгутовым швом;
- введение марлевого тампона, пропитанного стерильным вазелиновым маслом, на несколько часов после манипуляции для предотвращения склеивания обшитых краев.

Поперечные перегородки ведут к непроходимости или к сужению просвета влагалища (рис. 34). У подростков поперечную влагалищную перегородку обычно не диагностируют до менархе. После наступления половой зрелости при полной непроходимости влагалища возникают гематометра и гематосальпинкс, причем чем выше во влагалище расположена перегородка, тем быстрее проявляются эти состояния и тем больше вероятность возникновения перитонита.

Диагноз гематометры и гематосальпинкса ставится на основании жалоб и анамнеза: аменорея, циклические схваткообразные боли внизу живота, боли в пояснице и т. д. При объективном исследовании обнаруживается заращение влагалища в верхнем отделе, опухоль, прощупываемая через брюшную стенку и прямую кишку. При гематосальпинксе пальпируются одно- или двусторонние опухолевидные образования.

Проведение операции в плановом порядке предполагает следующие **этапы**:

- обработка наружных половых органов, влагалища;
- визуализация влагалищной перегородки;
- наложение двух зажимов Кохера с последующим пересечением перегородки

между ними прямыми ножницами под контролем зрения;

- обшивание краев разреза кетгутовым швом;
- введение марлевого тампона, пропитанного стерильным вазелиновым маслом, на несколько часов после манипуляции для предотвращения склеивания обшитых краев.

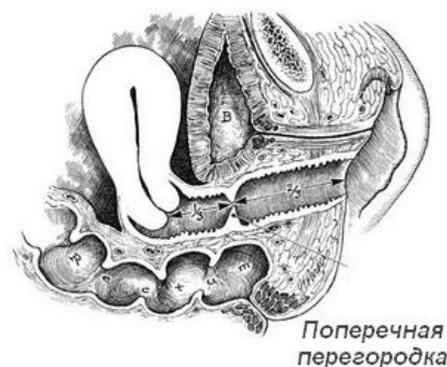


Рис. 34. Поперечная вагинальная перегородка

2. ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Методика медикаментозного аборта

Показания:

- желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 нед (до 63 дней от первого дня последней менструации);
- наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроках до 63 дней аменореи)

Противопоказания:

- подозрение на внематочную беременность;
- беременность сроком более 63 дней аменореи;
- индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола;
- миома матки больших размеров;
- анемия;
- нарушения гемостаза (в том числе терапия антикоагулянтами);
- острые воспалительные заболевания женских половых органов;
- наличие тяжёлой экстрагенитальной патологии;
- надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия;
- почечная или печёночная недостаточность;
- противопоказания к применению простагландинов: глаукома, бронхиальная

астма, артериальная гипертензия;

- заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет;
- гормонально-зависимые опухоли;
- период лактации;
- беременность, возникшая на фоне применения внутриматочных контрацептивов;
- беременность, возникшая после применения гормональных контрацептивных средств.

Этапы процедуры медикаментозного аборта:

1 этап: - консультация о возможных методах прерывания беременности;

- обследование - диагностика беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, лабораторные исследования перед прерыванием беременности.

2 этап: - принятие решения о прерывании беременности, выбор метода;

- получение информированного согласия пациентки на прерывание беременности выбранным методом;

- прием мифепристона внутрь в дозе 200 мг в присутствии врача

- динамическое наблюдение за пациенткой в течение 1–2 ч после приёма препарата.

3 этап (через 24–48 ч после приёма мифепристона):

- прием мизопростола 400 мкг внутрь при сроке до 49 дней или 800 мкг сублингвально, буккально или вагинально при задержке до 63 дней;

- динамическое наблюдение за пациенткой в течение 3–4 ч после приёма препарата.

4 этап (через 2 недели): оценка эффективности процедуры на основании осмотра, УЗИ и снижения уровня ХГЧ в периферической крови.

Осложнения медикаментозного аборта:

- прогрессирование беременности;

- болевые ощущения;

- кровотечение;

- тошнота и рвота;
- озноб, повышение температуры тела, слабость;

2.2. Техника мини-аборта

В основе проведения процедуры лежит использование отрицательного давления для извлечения содержимого матки. Равномерное разрежение создается с помощью электровакуумного насоса или мануального вакуумного аспиратора.

Показания:

1. желание женщины прервать беременность (срок до 5 недель);
2. медицинские показания (неправильное развитие или аномалии плода, наличие хронического заболевания, которое угрожает здоровью или жизни матери);
3. неудавшийся медикаментозный аборт.

Противопоказания: наличие острого инфекционного заболевания, воспалительных процессов половых органов, гнойных очагов независимо от места их локализации, внематочная беременность

Алгоритм действий:

- постелить стерильную пеленку;
- уложить женщину на гинекологическое кресло;
- надеть перчатки;
- обработать наружные половые органы, влагалище антисептическим раствором;
- обнажить шейку матки в зеркалах;

если пациентка не рожавшая, требуется расширить шейку матки с помощью металлического расширителя;

- выполнить парацервикальную блокаду;
- ввести в матку канюлю, при помощи электроотсоса создать давление;
- осторожно обводить канюлей все стенки матки так, чтобы овальное отверстие на инструменте соприкасалось непосредственно со слизистой. При этом плодное яйцо отслаивается и вытягивается по трубке в специальную емкость (рис. 35).

Контрольный осмотр и УЗИ проводятся через 2-3 недели после прерывания беременности.

Осложнения: неполный аборт.

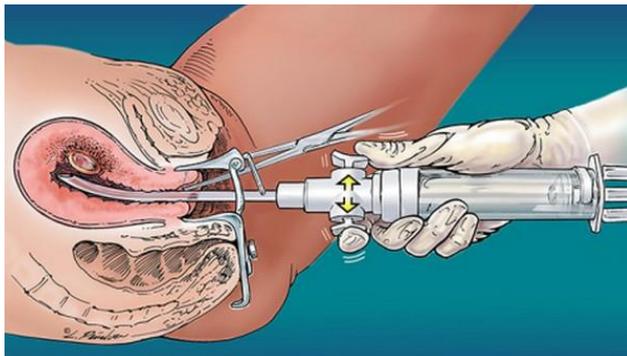


Рис. 35. Мануальная вакуумная аспирация плодного яйца

2.3. Техника проведения медицинского аборта

Медицинский аборт - удаление плодного яйца в сроки 6-12 недель путём выскабливания стенок полости матки (дилатация шейки матки и кюретаж) в условиях гинекологического стационара.

Показания:

1. желание женщины прервать беременность
2. медицинские показания (неправильное развитие или аномалии плода, наличие хронического заболевания, которое угрожает здоровью или жизни матери);
3. неудавшийся медикаментозный аборт.

Противопоказания: наличие острого инфекционного заболевания, воспалительных процессов половых органов, гнойных очагов независимо от места их локализации, внематочная беременность

Обследование:

- УЗИ органов малого таза;
- анализ на ХГЧ;
- мазок из уретры, цервикального канала, влагалища;
- анализ на ВИЧ, гепатит, сифилис;
- определение группы крови, резус-фактора.

Оснащение: ложкаобразные зеркала, корнцанг, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, кюретки, абортцанг, перчатки, 70% этиловый спирт, 5% спиртовой раствор йода.

Алгоритм действий:

- постелить стерильную пеленку;
- уложить женщину на гинекологическое кресло;
- надеть перчатки;
- провести бимануальное исследование;
- обработать наружные половые органы, влагалище антисептическим раствором;
- влагалище раскрыть ложкообразными зеркалами. Вначале ввести заднее зеркало, расположить его на задней стенке влагалища, слегка надавить на промежность. Затем, параллельно ему, ввести переднее зеркало (подъемник), поднимающее переднюю стенку влагалища;
- обработать шейку матки и стенки влагалища 70% этиловым спиртом и 5% спиртовым раствором йода;
- захватить шейку за переднюю губу пулевыми щипцами;
- провести зондирование матки;
- расширить шейный канал, вводя последовательно расширители Гегара до №10. Введение и продвижение инструментов должно осуществляться медленно, без резких движений;
- тупой кюреткой №6 начать выскабливание полости матки – осторожными движениями от дна по направлению к внутреннему зеву по передней, правой, задней, левой стенкам матки (рис. 36);
- продолжить выскабливание острой кюреткой №4;
- кюреткой №2 проверить углы матки;
- снять пулевые щипцы;
- шейку матки обработать 5% спиртовым раствором йода;
- полученный материал поместить в стеклянную емкость, залить 70% этиловым спиртом и написать направление в гистологическую лабораторию, где необходимо отметить Ф.И.О. пациентки, возраст, адрес, дату, клинический диагноз.

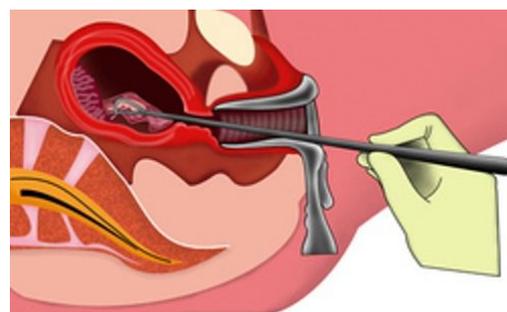


Рис. 36. Кюретаж полости матки

2.4. Методы прерывания беременности во 2 триместре

- применение простагландинов – парентеральное, интраамниальное, влагалищное введение;
- дилатация цервикального канала с эвакуацией плодного яйца;
- инфузия гипертонических растворов путем амниоцентеза. В основном применяется 20% раствор хлорида натрия;
- малое кесарево сечение.

Показания:

- со стороны матери – тяжелая экстрагенитальная и акушерская патология
- со стороны плода – хромосомные аномалии, пороки развития плода, антенатальная гибель плода

Искусственные роды после 20 недели беременности

Применение простагландинов обеспечивает созревание шейки матки и возбуждение сократительной активности матки, провоцируя тем самым искусственные роды.

Интраамниальное введение гипертонических растворов

Оптимальный срок прерывания беременности этим методом – 21-22 недели.

Принцип метода: замещение части околоплодных вод гипертоническим солевым раствором, например, 20% раствором хлорида натрия.

Амниоцентез возможен трансабдоминальным, вагинальным или цервикальным доступом под контролем УЗИ.

Введение раствора способствует развитию сократительной активности матки с последующим выкидышем.



Рис. 37. Введение солевого раствора путем амниоцентеза

Малое кесарево сечение

Проводят при наличии медицинских показаний к прерыванию беременности или противопоказаний к другим способам искусственного прерывания беременности.

Показания: декомпенсация экстрагенитальной и акушерской патологии; необхо-

димось стерилизации.

Техника операции кесарево сечение:

- обработка операционного поля
- лапаротомия нижнесрединным доступом или по Пфанненштилю;
- вскрытие матки;
- извлечение ребенка и последа;
- ушивание матки;
- ревизия и санация брюшной полости;
- счет инструментов и перевязочного материала;
- восстановление брюшной стенки;
- обработка послеоперационной раны;
- санация влагалища и контроль мочи.

3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ШЕЙКЕ МАТКИ

3.1. Техника прицельной биопсии шейки матки

Показания:

- патологические процессы (изъязвления, опухоли и др.);
- подозрительные в отношении злокачественности и локализующиеся в области шейки матки.

Оснащение: ложкообразные зеркала; корнцанг; пулевые щипцы; скальпель; иглодержатель; иглы; ножницы; 70% спирт; 5% спиртовой раствор йода; шовный материал, специальные ножницы - конхотом); перчатки (рис. 38).

Алгоритм действий:

- больную уложить на гинекологическое кресло;
- тщательно обработать наружные половые органы, внутренние поверхности бедер раствором антисептика;
- под ягодицы постелить стерильную пленку;
- надеть перчатки;
- во влагалище ввести ложкообразное зеркало и расположить его на задней стен-

ке, слегка надавить на промежность;



Рис. 38. Необходимое оснащение для биопсии шейки матки

(Источник http://www.lebedeva1.ru/grid-cj5u?lightbox=image_1xq3)

- параллельно ему ввести подъемник, поднимающий переднюю стенку влагалища;
- обработать шейку матки и стенки влагалища 70% этиловым спиртом и 5% спиртовым раствором йода;
- на губу шейки матки наложить двое пулевых щипцов с таким расчетом, чтобы участок, подлежащий биопсии располагался между ними. Из подозрительного участка вырезать клиновидный кусочек, заостряющийся вглубь ткани (рис. 39).
- Этот кусочек должен содержать не только пораженную, но и часть здоровой ткани (ткань для исследования можно получить при помощи специальных щипцов-кусачек - конхотомов);
- на образовавшийся дефект ткани наложить узловые швы; вырезанный кусочек ткани поместить в баночку с 10% раствором формалина или 70% раствором спирта; в направлении указать Ф.И.О. больной, возраст, адрес, дату, предположительный клинический диагноз; материал направить на гистологическое исследование;
- инструменты погрузить в таз с дезинфицирующим раствором.



Рис. 39. Техника биопсии шейки матки

3.2. Техника наложения швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности во время беременности

Суть коррекции истмико-цервикальной недостаточности во время беременности - механическое сужение внутреннего зева шейки матки. Наиболее распространены методы наложения швов на внутренний зев по МакДональду, круговой шов по методу Любимовой, швы в форме буквы П по методу Любимовой и Ма-медалиевой.

Шов по МакДональду (круговой кисетный шов) накладывается в области перехода слизистой оболочки влагалища на шейку матки с многократным прокалыванием стенки влагалища без ее предварительного рассечения (рис. 40).

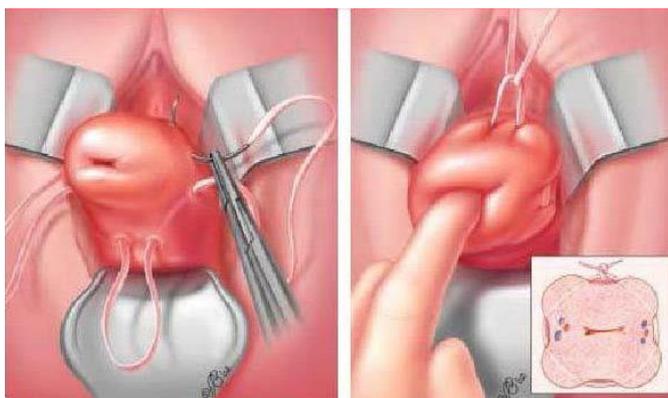


Рис. 40. Техника наложения кисетного шва по МакДональду

Техника наложения шва по Любимовой (рис.41):

- медная проволока диаметром 0,2-0,3 мм, заключенная в полиэтиленовую трубочку, фиксируется узловым швом (рис. А);
- передняя губа шейки матки захватывается пулевыми щитками, шейка отводится книзу и кзади;
- свободный конец нити медной проволоки переносится в передний свод и фиксируется с помощью шелкового шва
- свободные концы затягиваются и завязываются тремя узлами (рис. Б).

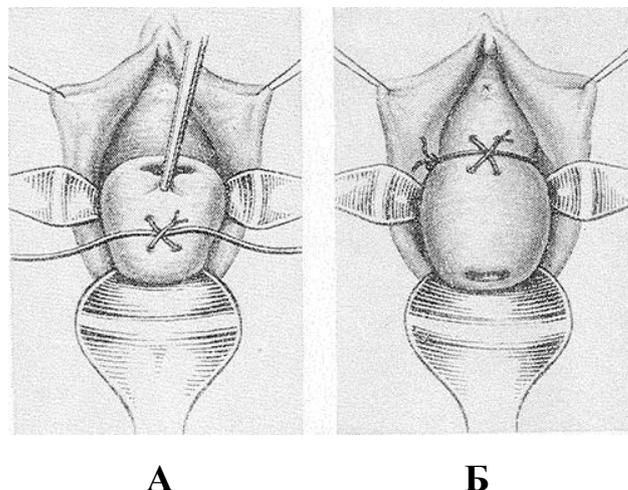


Рис. 41. Техника наложения шва по Любимовой

Техника наложения П-образных швов на шейку матки по методу Любимовой и Мамедалиевой (рис. 42):

- а - шейку матки оттягивают книзу, игла вводится справа от средней линии шейки;
- б - шейку матки оттягивают кверху, иглу выводят на заднюю часть свода влагалища;
- в - шейка матки отводят вправо, иглу проводят из боковой части свода влагалища слева через толщу шейки матки в переднюю часть свода влагалища;
- г - свободные концы нитей после наложения первого П-образного шва;
- д - игла вводится слева от средней линии шейки;
- е - иглу выводят на заднюю часть свода влагалища;
- ж - иглу проводят из боковой части свода влага-

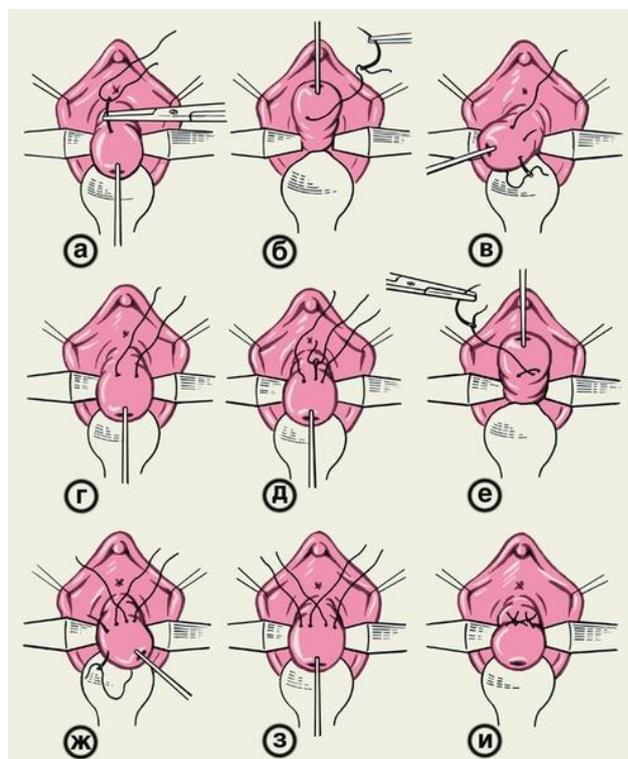


Рис. 42. Техника наложения П-образных швов по Любимовой-Мамедалиевой

лица справа через толщу шейки матки

в переднюю часть свода влагалища; з - положение свободных концов нитей после наложения второго П-образного шва; и — свободные концы нитей затянуты и завязаны узлами в передней части свода влагалища.

3.3. Петлевая радиоволновая эксцизия шейки матки

Метод радиоволновой хирургии основан на нагревании и разрушении тканей под воздействием радиоволн с до 4 МГц. Петлевая радиоволновая эксцизия шейки матки используется как для диагностики, так и для лечения CIN. Принцип метода - иссечение ткани тонкой проволочной петлей различной формы: полукруглой, квадратной, треугольной (конусовидная эксцизия или конизация). При этом методе можно получить хороший гистологический образец с минимальной ожоговой поверхностью.

Радиоволновая эксцизия проводится на аппаратах «Сургитрон», «Фотек», «Greenland Science & Technology», «Sutter» и др.

Противопоказания:

Существует ряд противопоказаний к проведению операции:

- инвазивный рак шейки матки;
- воспалительный процесс влагалища и шейки матки;
- метроррагия;
- беременность, лактационная аменорея, период грудного вскармливания.

Техника операции (рис. 43):

- предварительное проведение кольпоскопии для установления границ очага;
- подбор формы и размера петли (активного электрода);
- установка пассивного электрода на бедро или под ягодицы;
- удаление патологического участка

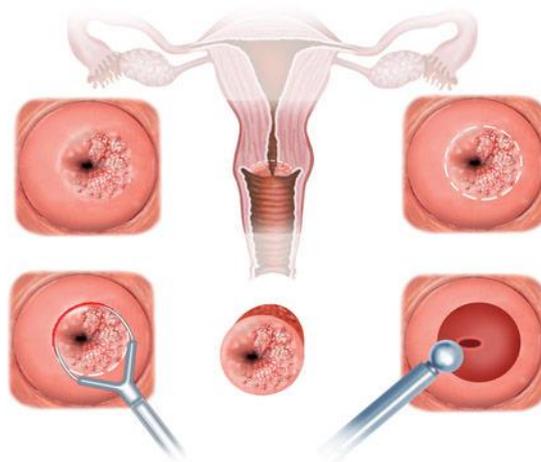


Рис. 43. Удаление очага петлей с последующей коагуляцией

петлей;

- коагуляция сосудов шаровидным электродом.

Осложнения:

- послеоперационное кровотечение;
- стеноз цервикального канала или окклюзия наружного зева.

3.4. Криодеструкция шейки матки

Криодеструкция шейки матки - метод локального воздействия на шейку матки жидкого азота с лечебной целью.

Преимущества метода:

- безболезненное воздействие
- бескровность метода

не влияет на эластичность шейки матки, не оставляет рубцов в последующем.

Недостаток: не всегда является целесообразной на момент выбора метода лечения (слишком большой размер новообразований, труднодоступность).

Техника операции:

- для визуализации границ поражения шейку матки обрабатывают раствором Люголя с глицерином;
- теплый крионаконечник прижимают к поверхности шейки таким образом, чтобы поражение полностью покрылось;
- активируют циркуляцию хладагента;
- примерзание наконечника к шейке;
- экспозиция в течение 3-5 минут (рис. 44);
- оттаивание и извлечение наконечника.



Рис. 44. Проведение криодеструкции шейки матки

3.5. Лазерная хирургия шейки матки

Лазерная хирургия шейки матки (лазерная вапоризация) - метод прицельного воздействия лучом лазера на патологический очаг ткани (рис. 45).

Преимущества:

- отсутствие кровотечения;
- отсутствие рубцовой деформации шейки матки после проведенного лечения.



Рис. 45. Состояние шейки матки сразу после процедуры лазерной вапоризации

3.6. Пластические операции на шейке матки

Чрезмерное растяжение шейки матки при тяжелом течении родов нередко сопряжено с риском ее травматизации. Образующиеся в процессе репарации рубцы могут приводить к формированию истмико-цервикальной недостаточности и невынашиванию беременности, а также препятствовать нормальному раскрытию во время последующих родов.

Диагностика

Изменение формы и нарушение целостности шейки матки обнаруживается при гинекологическом осмотре в зеркалах (рис. 46). Для уточнения диагноза проводится кольпоскопия.

Показания к проведению пластической операции на шейке матки:

- травмирование шейки матки в тяжелых родах - стремительные роды, слабость родовой деятельности, крупный плод, применения акушерских пособий (ручное обследование, наложение щипцов);
- повреждение шейки матки во время аборт;
- недостаточное сопоставление разрывов шейки матки в родах;
- не ушитые разрывы шейки с формированием к истмико-цервикальной недостаточности;



Рис. 46. Травматический разрыв шейки матки

- эктропион.

Противопоказания:

- беременность;
- подозрение на злокачественное перерождение эктропиона;
- острые и подострые воспалительные процессы половых органов.

Операция Эммета (рис. 47):

- обрабатывают операционное поле;
- шейку матки обнажают в зеркалах, фиксируют пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы;
- подъемники извлекают, а длинное заднее зеркало заменяют коротким;
- шейку низводят ко входу во влагалище;
- острым скальпелем намечают границу освежения, при двустороннем разрыве следует произвести освежение с обеих сторон, а затем приступить к наложению швов сначала на одной, а затем на другой стороне;

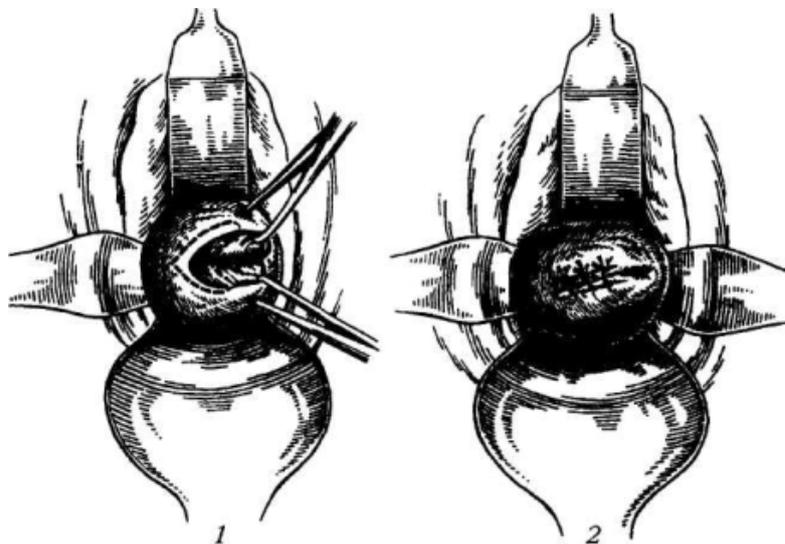


Рис. 47. Пластика шейки матки при старых разрывах: 1 - граница иссечения краев разрыва; 2 - освеженные края разрыва ушиты отдельными швами.

- срезают лоскут, состоящий в основном из рубцовой ткани;
- разрез ушивают узловатыми швами из кетгута, не захватывая слизистую цервикального канала. Первый шов накладывают у самого угла разрыва и далее по направлению к наружному зеву. Ушиваются освеженные поверхности разрывов с одной, а затем с другой стороны.

4. Методика проведения гистероскопии

Гистероскопия — это малоинвазивный метод визуального осмотра полости матки и состояния эндометрия посредством оптической системы гистероскопа.

Гистероскоп представляет собой инструмент, предназначенный для диагностики внутриматочной патологии, проведения диагностической гистероскопии и хирургических манипуляций. Посредством волоконного световода оптическая система гистероскопа соединяется с

осветителем, благодаря чему врач может четко наблюдать картину исследуемой полости (рис.48).

Гистероскоп может быть:

- амбулаторный (смотровой, диагностический);
- операционный (гистерорезектоскоп).

Амбулаторный гистероскоп отличается от операционного своей конструкцией и отсутствием инструментальных каналов. Операционный гистероскоп имеет ствол, который позволяет обеспечивать проведение хирургических вмешательств, и видео-эндохирургическую стойку (рис. 49).

Методика проведения гистероскопии:

Вмешательство проводится под внутривенным наркозом

- женщину укладывают на гинекологическое кресло;
- дезраствором обрабатывают наружные половые органы;
- шейку матки обнажают с помощью зеркал и обрабатывают дезраствором;
- на переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы и подтягивают ее на себя левой рукой;
- правой рукой производят зондирование полости матки;

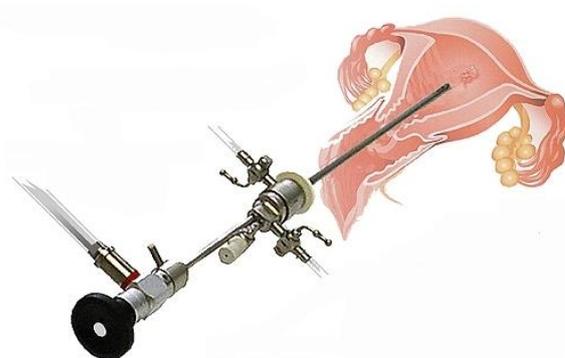


Рис. 48. Гистероскоп



Рис. 49. Видеоэндоскопическая стойка

- расширяют цервикальный канал с помощью расширителей Гегара до № 11 для свободного оттока жидкости из полости матки во время гистероскопии
- гистероскоп соединяют со световодом и со стерильной промывной системой;
- гистероскоп вводят за внутренний маточный зев и приступают к осмотру полости матки;
- обращают внимание на величину и форму полости матки, рельеф стенок, состояние эндометрия, окраску, толщину и характер складчатости, степень выраженности и равномерности сосудистого рисунка, на доступность устьев маточных труб.

Эндометрий в раннюю пролиферативную фазу тонкий, бледно-розового цвета, сквозь него отчетливо просвечивает густая сосудистая сеть (рис.50 А). Ближе к дню овуляции эндометрий образует продольные и поперечные складки, сосудистый рисунок становится менее заметным, а с 9-10 дня цикла - незаметным. В секреторную фазу эндометрий бледно-розовый, с бархатистой складчатой поверхностью (рис. 50 Б).



А



Б

Рис. 50. Состояние эндометрия в пролиферативную (А) и секреторную (Б) фазы

Устья маточных труб лучше видны в раннюю и среднюю пролиферативную фазу, обычно в виде овальных или щелевидных ходов в центре округлых углублений в маточных углах.

Осложнения гистероскопии:

- перфорация и прободение матки;
- обострение воспалительных процессов;
- аллергические реакции на применяемые среды;
- воздушные эмболии;

- кровотечения;
- анестезиологические осложнения.

5. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Оперативные вмешательства на внутренних половых органах выполняют как лапаротомическим, так и лапароскопическим доступом.

Перед операцией операционное поле (вся передняя брюшная стенка) обрабатывают растворами антисептиков. Операционное поле ограничивают простынями, оставляя свободным место разреза.

При **лапаротомическом доступе** вскрывают переднюю брюшную стенку. В гинекологии приняты срединные чревосечения и поперечный разрез по Пфанненштилю. Переднюю брюшную стенку можно рассекать как скальпелем, так и электроножом с коагуляцией или лигированием сосудов шовным материалом (шелк, кетгут, викрил).

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

При разрезе по Пфанненштилю кожу, подкожную клетчатку рассекают поперечным разрезом параллельно лону и выше него на 3-4 см. Длина разреза 10-12 см. Апоневроз вскрывают в виде подковы, верхние края разрезов с обеих сторон должны находиться на уровне пупка. Межмышечную фасцию (между прямыми мышцами живота) при любом разрезе вскрывают острым путем. Брюшину фиксируют зажимами к салфеткам, которые укладывают вдоль разреза с обеих сторон.

После рассечения передней брюшной стенки визуально и пальпаторно производят ревизию органов брюшной полости. Затем в рану вводят расширитель для улучшения обзора и доступности органов малого таза.

Лапароскопический доступ предполагает наложение пневмоперитонеума (введение в брюшную полость газа) с последующим введением троакаров для эндоскопа и инструментов.

Лапароскопический доступ позволяет снизить степень травматичности операции благодаря увеличению размеров органов и сосудов, выводимых на экран монитора с помощью видеоаппаратуры.

Оперативное вмешательство проводится под общим обезболиванием. При отсутствии кровотечения оптимальными являются регионарная анестезия (эпидуральная или спинномозговая) с седацией или сочетание эндотрахеального наркоза с регионарной анестезией. Лапароскопическая операция проводится только под эндотрахеальным наркозом.



Рис. 51. Рубцы после оперативного вмешательства лапароскопическим методом (вверху) и лапаротомии (внизу)

6. ОПЕРАЦИИ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ

6.1. Техника тубэктомии

Показания:

1. внематочная беременность;
2. хронические воспалительные процессы придатков;
3. планирование беременности посредством ЭКО при трубном бесплодии;
4. перекрут ножки кисты яичника, разрыв кисты яичника;



Рис. 52. Схема тубэктомии

5. выраженный спаечный процесс в малом тазу с вовлечением придатков;
6. гистерэктомия;
7. гангренозный перфоративный аппендицит или болезнь Крона с вовлечением в воспалительный процесс придатков.

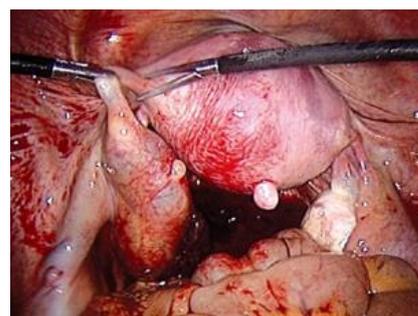
Техника операции при внематочной беременности

Лапаротомный доступ:

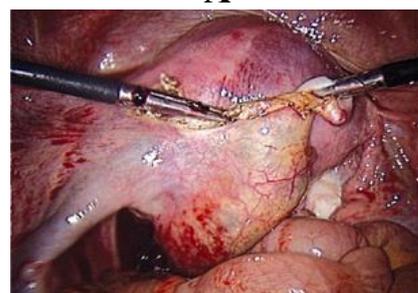
- остановка кровотечения: наложение мягкого зажима на мезосальпинкс и маточный конец трубы;
- кровь и сгустки удаляют отсосом, тампонами;
- пациентке придают положение Тренделенбурга;
- производят отсечение трубы выше зажимов;
- мезосальпинкс прошивают под зажимом и осторожно снимают зажим, завязывая лигатуру;
- перитонизируют культю трубы круглой связкой матки;
- туалет брюшной полости;
- послойно ушивают операционную рану;
- материал направляют на гистологическое исследование.

Лапароскопическая тубэктомия:

- наложение пневмоперитонеума;
- введение троакаров;
- маточную трубу захватывают зажимом и натягивают (рис. 51 А);
- зажимают браншами диссектора маточный конец трубы и подают на него моно- или биполярный ток (коагуляция);
- трубу отсекают по верхнему краю мезосальпинкса (рис. 51 Б);



А



Б

Рис. 53. Этапы лапароскопической тубэктомии (вид сзади, слева)

6.2. Цистэктомия яичника

Показания:

1. кистозное образование, которое не исчезает на протяжении 3 месяцев после проведения курса гормональной или противовоспалительной терапии.
2. кровоизлияния в полость кисты;
3. разрыв кисты;
4. воспалительный процесс в кисте.

Методика проведения (рис. 54):

- мягким зажимом захватывают яичник или собственную связку яичника и фиксируют его;
- коагулируют ткани яичника над кистой на протяжении 1,5-2 см
- рассекают капсулу яичника над образованием, сохраняя целостность кисты;
- края раны захватывают зажимами;
- производят энуклеацию (вылущивание) кисты;
- осматривают ложе удалённого образования;
- контроль гемостаза – коагуляция тканей моно- или биполярным электродом.

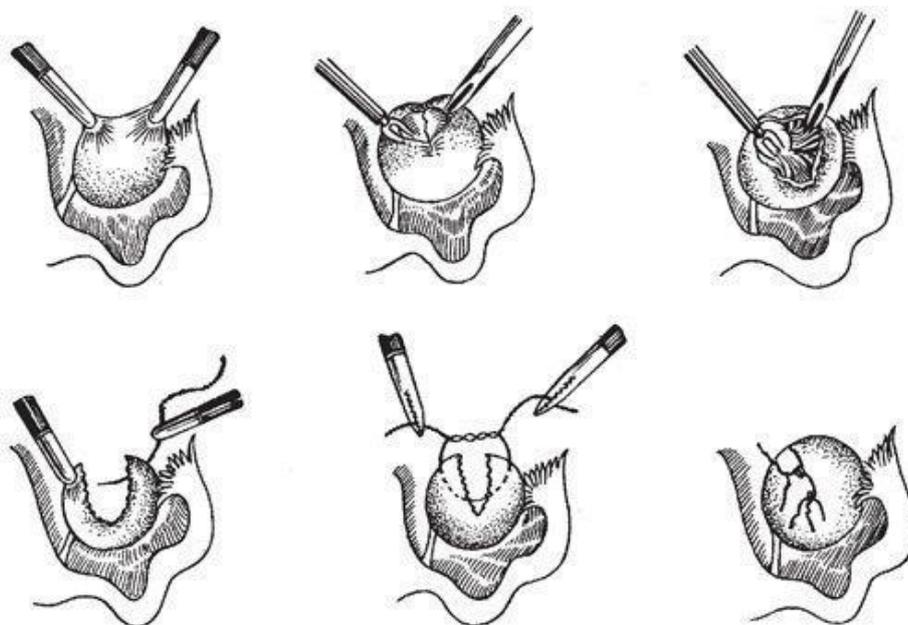


Рис. 54. Этапы лапароскопической цистэктомии

- для образований с жидкостным содержимым целесообразно до вылущивания произвести пункцию и аспирацию содержимого пункционной иглой или аспира-

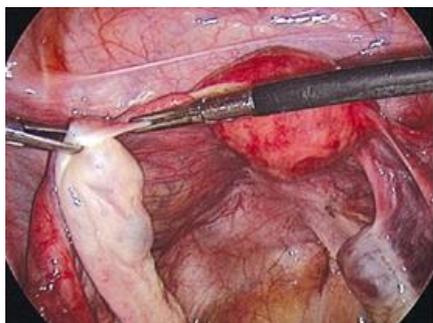
тором-ирригатором;

- восстанавливают целостность оперированного яичника (наложение швов, коагуляция ложа образования);
- капсулу кисты извлекают через один из доступов, солидные опухоли помещают в специальный контейнер перед извлечением;
- материал направляют на гистологическое исследование

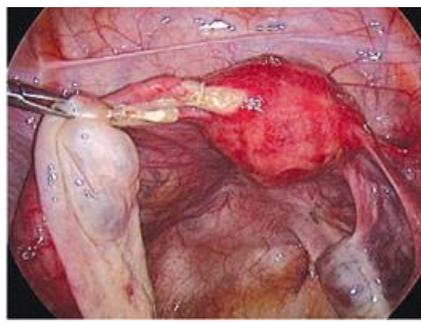
6.3. Техника аднексэктомии

Техника лапароскопической аднексэктомии (рис. 55):

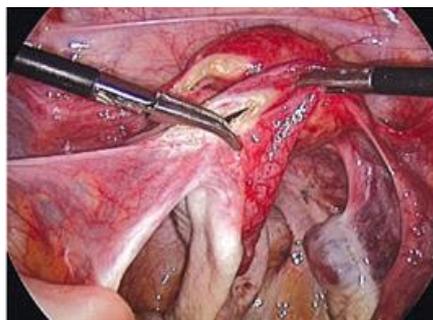
- маточную трубу удаляют способом, указанным выше;
- яичник захватывают зажимом около собственной связки, коагулируют и пересекают ее;
- захватывают яичник рядом с воронкотовазовой связкой, натягивая её;
- отсекают яичника от мезосальпинкса в режиме монополярной коагуляции, либо



А



Б



В



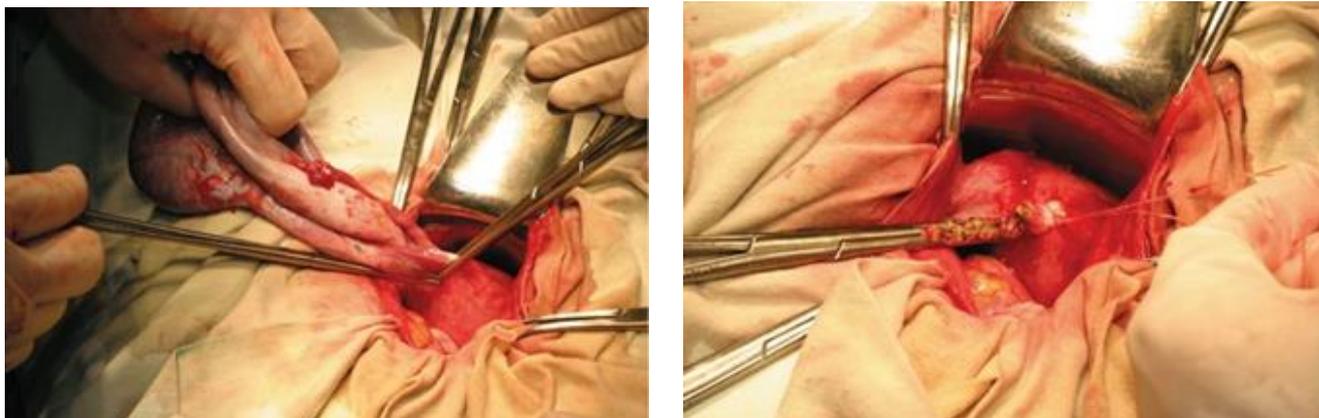
Г

Рис. 55. Этапы лапароскопической аднексэктомии: А - пересечение собственной связки яичника; Б - собственная связка яичника и перешеек маточной трубы пересечены; В - пересечение воронкотовазовой связки; Г - культя после отсечения придатков матки

- коагулируют с помощью биполярного электрода с последующим перечением с помощью эндоскопических ножниц;

- яичник и трубу удаляют через контрапертуру.

Аналогично выполняется аднексэктомия лапаротомным доступом (рис. 56).



А

Б

Рис. 56. Этапы аднексэктомии лапаротомным доступом: А – наложение зажимов на собственную связку яичника, перешеек маточной трубы, воронкотоазовую связку; Б – вид после отсечения придатков матки, коагуляции и лигирования

6.4. Оперативные вмешательства при синдроме поликистозных яичников

Целью хирургических вмешательств при синдроме поликистозных яичников является нормализация процесса овуляции.

- При **декортикации яичников** удаляют измененную плотную белочную оболочку яичников.
- Операция по **каутеризации яичников** состоит в надрезании поверхности яичника. Обычно производят 7 надрезов в глубину 10 мм. После вмешательства в области надрезов формируются здоровые тканевые структуры, способные к развитию качественных фолликулов.
- Операция **дриллинга яичников** предполагает создание искусственных отверстий в капсуле яичника.

Данная процедура может осуществляться несколькими методами:

- ✓ электрической диатермокоагуляции капсулы;
- ✓ при помощи лазера;
- ✓ с помощью ультразвука.

Процедура **яичниковой эндотермокоагуляции** предусматривает введение в яичник специального электрода, которым пунктируют ткань яичника. В среднем про-

вводят 8-12 коагуляций продолжительностью 10-15 секунд каждая (рис. 57).

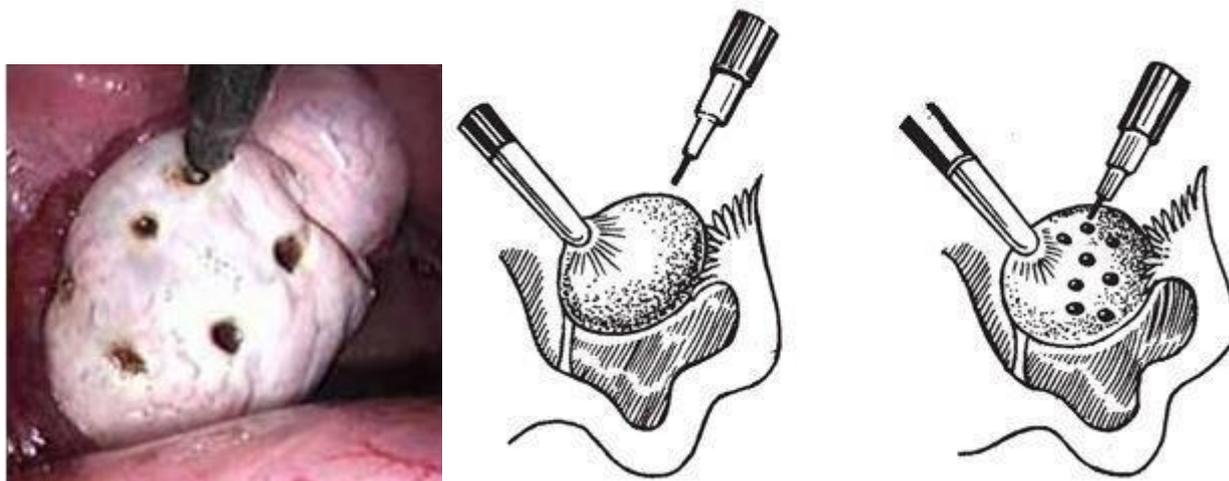


Рис. 57. Проведение дреллинга яичников

7. ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

7.1. Техника надвлагалищной ампутации матки без придатков

Показания:

1. миома матки
2. аденомиоз
3. рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия

Противопоказания: патология шейки матки

Техника операции (рис. 58):

- лапаротомия;
- матку фиксируют зажимом Мюзо и выводят в рану;
- накладывают клеммы на круглую связку, собственную связку яичника и маточный конец трубы; на 0,5-1 см латеральнее накладывают контрклеммы на данные образования;
- круглые связки и культы придатков матки отдельно пересекают между зажимами, прошивают и перевязывают;
- аналогично мобилизуют матку с другой стороны;
- ножницами вскрывают пузырно-маточную складку (передний листок широкой связки матки), и мочевого пузыря отсепааровывают книзу;

- вскрывают задний листок широкой маточной связки;
- на уровне внутреннего маточного зева с обеих сторон накладывают зажимы на маточные сосуды;
- сосуды пересекают и прошивают отдельными лигатурами;

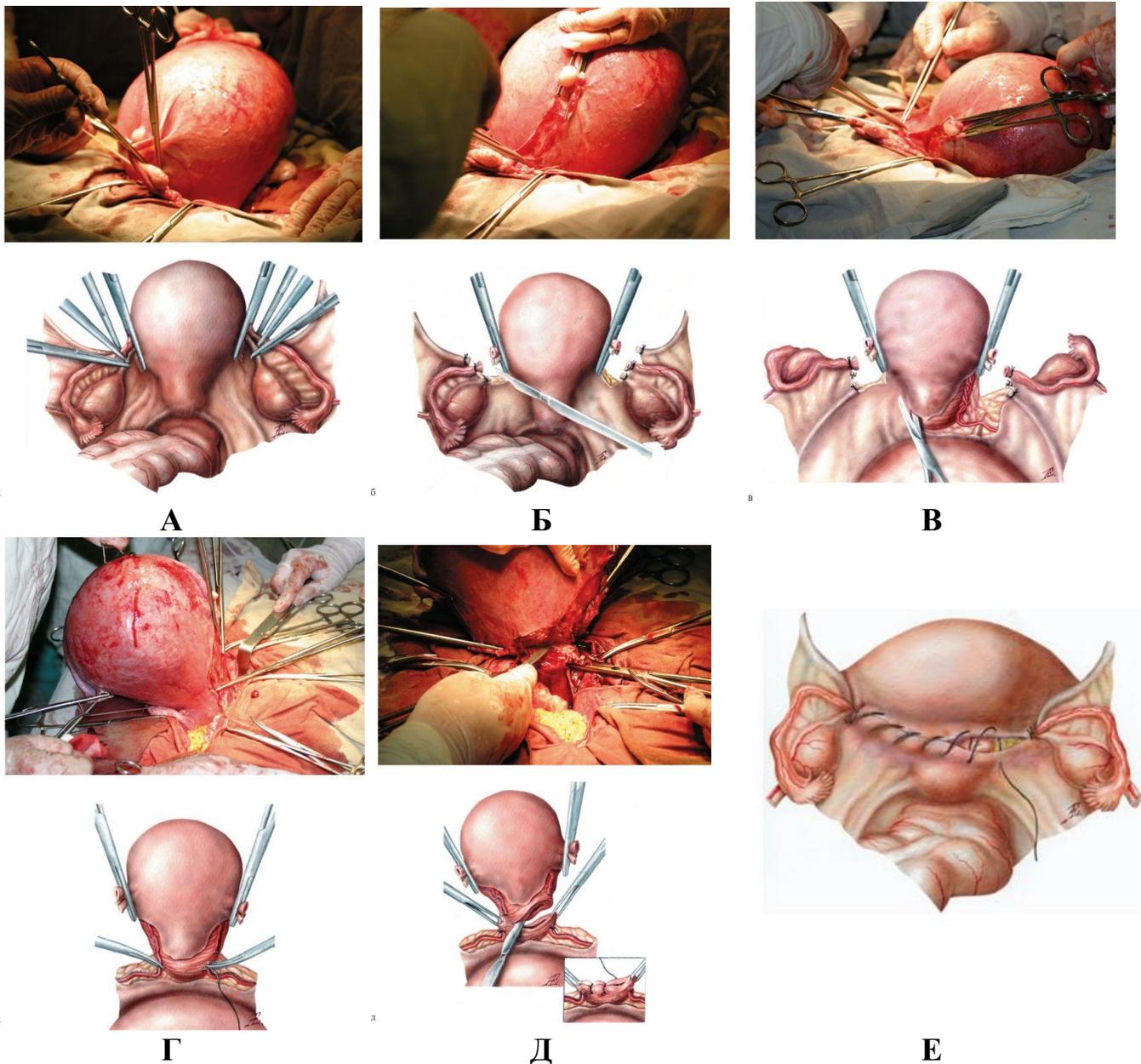


Рис. 58. Этапы субтотальной гистерэктомии без придатков лапаротомным доступом: А - зажимы Кохера наложены на круглую, собственную связку яичника и маточный конец трубы; Б - между зажимами пересечены круглая, собственная связка яичника и маточная труба; В - вскрытие пузырно-маточной складки; Г - сосудистые зажимы наложены на маточные сосуды на уровне внутреннего зева; Д - отсечение тела матки на уровне внутреннего зева (вид спереди). Ушивание культи шейки матки; Ж - перитонизация.

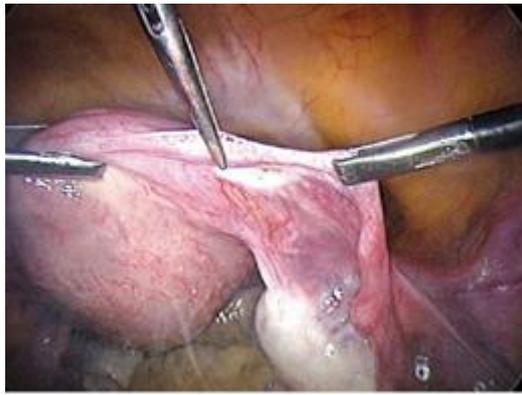
Схематическое изображение хода операции - художник А.В. Евсеев

- тело матки отсекают на уровне внутреннего маточного зева выше лигатур маточных сосудов;

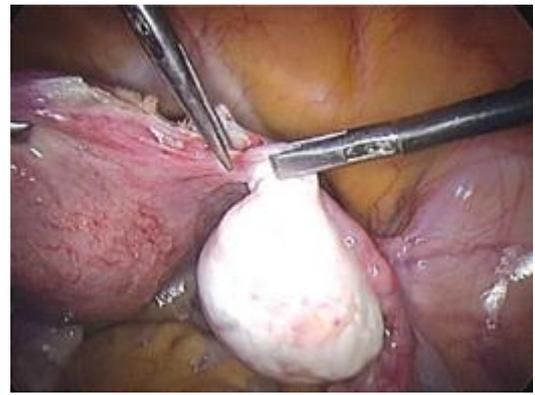
- культю шейки матки ушивают;
- осуществляют перитонизацию культей придатков матки и ее шейки за счет листков широких маточных связок.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков лапароскопическим доступом (рис. 59):

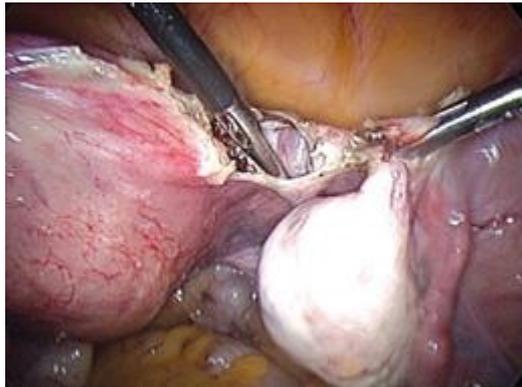
- наложение пневмоперитонеума и введение троакаров: над пупком для эндоскопа, справа и слева медиальнее передневерхней подвздошной ости и по центру срединной линии под лоном;
- осуществляют ревизию органов брюшной полости и малого таза;
- пациентке придают положение Тренделенбурга;
- в полость матки вводят маточный зонд/манипулятор;
- биполярным коагулятором и ножницами или монополярным коагулятором с одновременным гемостазом поочередно с обеих сторон пересекают круглые маточные связки, маточные трубы, собственные связки яичников;
- вскрывают пузырно-маточную складку брюшины и отсепааровывают книзу вместе с мочевым пузырем;
- вскрывают задний листок широкой маточной связки по направлению к крестцово-маточной связке;
- маточные сосуды можно коагулировать и пересекать с использованием моно- и биполярной коагуляции либо прошить и перевязать викриловыми нитями;
- тело матки отсекают от шейки на уровне внутреннего зева с использованием монополярной коагуляции;
- тело матки извлекают из брюшной полости с помощью морцеллятора (устройство для измельчения тканей) или через кольпотомное отверстие. Стенку влагалища в области кольпотомного отверстия восстанавливают ушиванием лапароскопически или через влагалище;
- санацию брюшной полости и дополнительный гемостаз;
- перитонизация культи матки при необходимости.



А



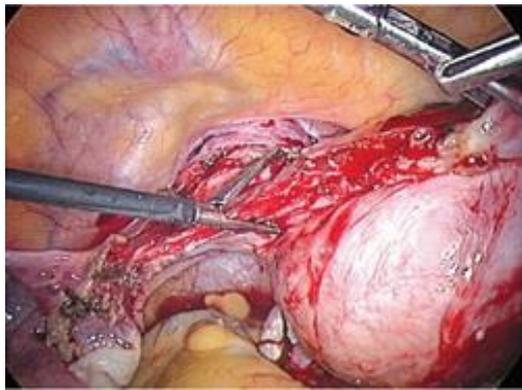
Б



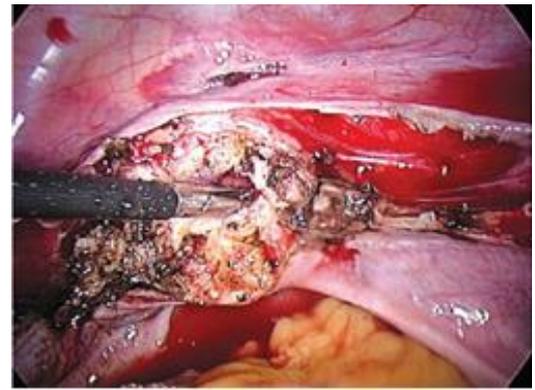
В



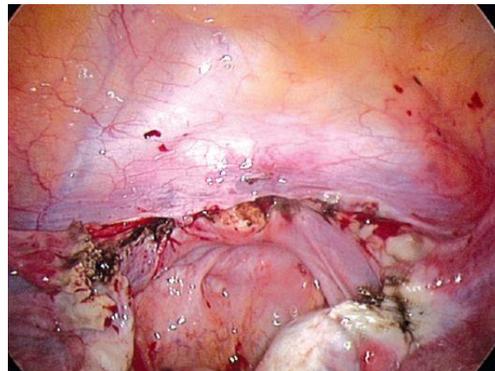
Г



Д



Е



Ж

Рис. 59. Этапы лапароскопической надвлагалищной ампутации матки: А - пересечение маточной трубы в области перешейка; Б - пересечение собственной связки яичника; В - вскрытие параметрия; Г - пузырно-маточная складка перед ее вскрытием; Д - коагуляция маточных сосудов на уровне внутреннего зева; Е - культя шейки матки после отсечения тела матки; Ж – вид после операции.

7.2. Техника экстирпации матки с придатками

Экстирпация матки (тотальная гистерэктомия) может проводиться с маточными трубами, с удалением маточной трубы с одной стороны, без придатков, с удалением придатков матки с одной стороны, с обеих сторон.

Показания: миома матки или аденомиоза с наличием патологии шейки матки, шеечная миома матки, шеечная беременность.

Техника операции:

- лапаротомия;
- накладывают клеммы и контрклеммы на воронко-тазовую связку, маточный конец трубы и круглую связку;
- рассекают образования между зажимами поочередно с обеих сторон;
- вскрывают пузырно-маточную складку, мочевиный пузырь отсепааровывают вниз;
- зажимы накладывают на маточные сосуды вдоль ребра матки, пересекают и прошивают;
- лигируют и пересекают крестцово-маточные связки, вскрывают между ними маточно-прямокишечную складку брюшины, которую отсепааровывают ниже шейки матки;
- параллельно шейке матки лигируют, отсекают и прошивают кардинальные связки матки;
- вскрывают влагалище, шейку матки отсекают от сводов влагалища ножницами, стенки влагалища фиксируют зажимами, матку с придатками удаляют из брюшной полости;
- переднюю и заднюю стенки влагалища сшивают между собой отдельными швами;
- перитонизируют культю влагалища за счет брюшины широких маточных связок, пузырно-маточной складки;
- контроль гемостаза;
- ушивают брюшную полость послойно наглухо.

8. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ

8.1. Слингговые операции

Слингговые операции применяются для коррекции недостаточности внутреннего сфинктера мочеиспускательного канала. В основе методики лежит создание «слинга» (петли) из собственных тканей, синтетических или биологических материалов. Петля, проводимая позади средней части уретры, обеспечивает ее поддержку.

На сегодняшний момент наиболее распространенным методом оперативного лечения недержания мочи является установка регулируемых синтетических sling-овых петель. Различают два варианта петлевой пластики – TVT- и TVT-O- методики (рис. 60).

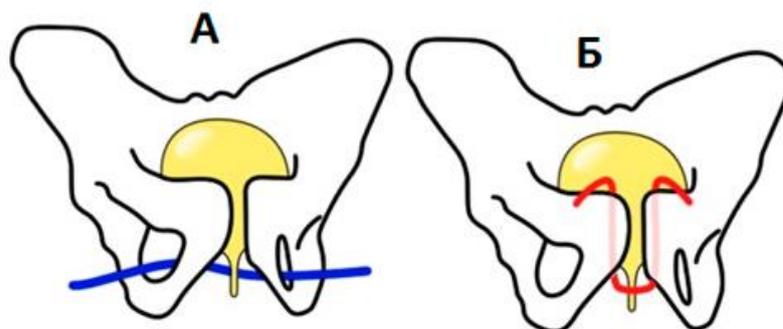


Рис. 60. А – TVT-O, Б – TVT при недержании мочи у женщин.

Для проведения процедуры используется набор одноразовых инструментов (пакет TVT), который позволяет установить слинг через небольшие разрезы.

Пакет TVT состоит из полипропиленовой ленты, соединенной со специальными иглами-перфораторами, находящимися в чехле (рис. 61).

Ширина ленты около 1 см, длина 40 см. Также для проведения процедуры используются стальной направляющий зонд и стальной толкатель. Пакет для проведения процедуры TOT состоит из полипропиленовой ленты, соединенной с иглами в чехлах, и стального направителя (рис. 62).

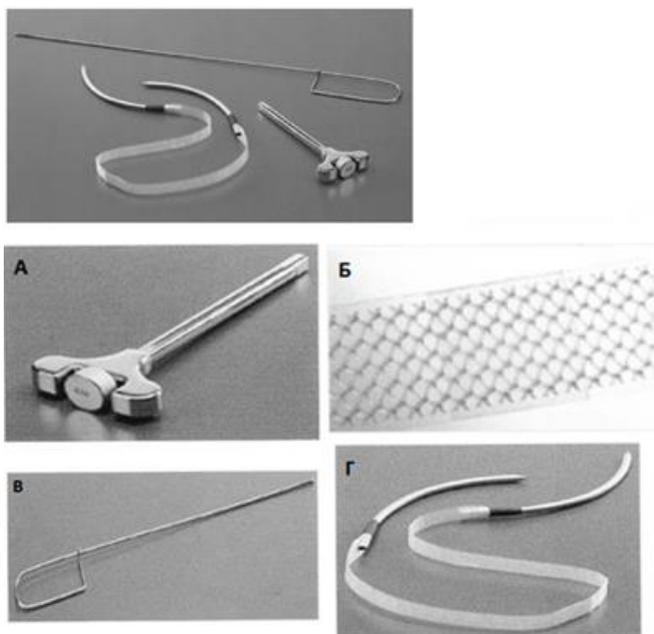


Рис. 61. Набор для TVT:
 А – стальной толкатель,
 Б – полипропиленовая сетка,
 В – стальной направляющий зонд,
 Г – полипропиленовая сетка с иглами.



Рис.62. Набор для TVT-О.

При операции TVT (Tension-free Vaginal Tape) полипропиленовый слинг через разрез передней стенки влагалища проводится позади уретры и фиксируется швами на переднюю брюшную стенку в надлобковой области (рис. 63, 64). Хирургическую манипуляцию проводятся под контролем цистоскопии. Преимущество операции TVT - возможность контроля натяжения петли в ходе операции.

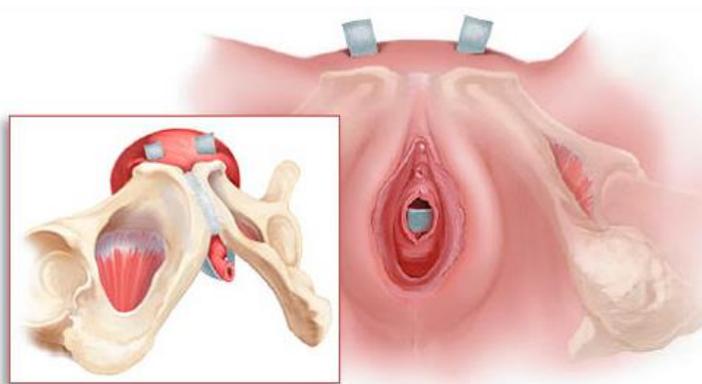


Рис. 63. Схематичное изображение TVT-методики



Рис. 64. Ход операции TVT:

- 1 – разрезы в надлобковой области,
- 2 – разрез на передней стенке влагалища,
- 3 – проведение петли,
- 4 – цистоскопия,
- 5 – иглы отрезаются от слинга,
- 6 – погружение концов ленты под кожу, ушивание передней стенки влагалища.

При операции **TVT-O** (Transobturator Vaginal Tape) лента выводится на промежность или внутреннюю поверхность бедер через отверстие в obturatorной мембране (рис. 65). Преимуществом методики TVT-O является небольшая травматичность с минимальным риском повреждения органов малого таза.

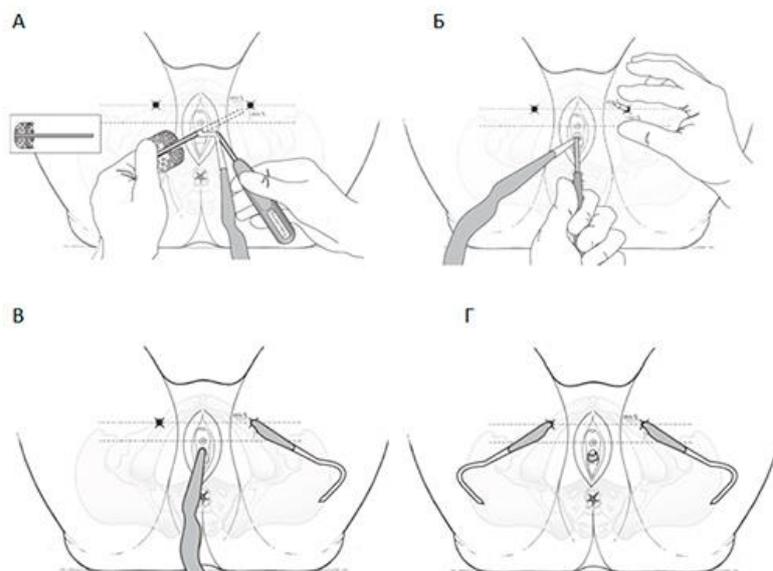


Рис. 65. Ход операции TVT-O при недержании мочи у женщин.

8.2. Методика передней кольпоррафии

Показания:

1. цистоцеле;
2. недержание мочи различной степени выраженности.
3. пролапс матки (как один из этапов оперативного вмешательства);
4. желание женщины - уменьшение объема ее влагалища в связи с ухудшением качества половой жизни после родов, аноргазмией.

Факторы риска:

- повторные роды;
- роды естественным путем при многоплодной беременности;
- роды крупным плодом;
- осложненные роды – с затяжным потужным периодом, аномальным вставлением головки плода.

Техника операции передней кольпоррафии (рис. 66):

1. пулевыми щипцами захватывают переднюю губу влагалищной части матки, обнажая переднюю стенку влагалища;
2. отсепааровывают овальный лоскут слизистой передней стенки влагалища, отступя кзади от наружного отверстия мочеиспускательного канала на 1-2 см;
3. края раны отсепааровывают на 1-2 см с каждой стороны от подлежащей фасции;
4. первый этап: влагалищную фасцию над мочевым пузырем ушивают погружным непрерывным викриловым швом;
5. второй этап: соединяют края овальной влагалищной раны.

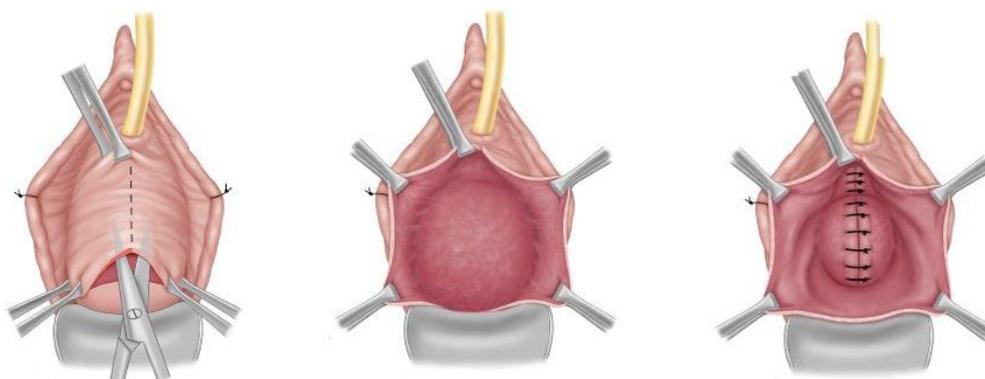


Рис. 66. Ход операции передней кольпоррафии

8.3. Методика задней кольпоррафии с перинеолеваторопластикой

Показания:

- опущение задней стенки влагалища за пределы половой щели;
- пролапс матки (как один из этапов оперативного вмешательства).

Техника операции задней кольпоррафии (рис. 67):

- отсепааровывают треугольный лоскут слизистой задней стенки влагалища (а, б, в) и иссекают его (г);
- обнажают леваторы, прошивают и соединяют их викриловым или капроновым швами (д);
- непрерывным швом ушивают оболочку задней поверхности влагалища (е);
- на кожу промежности накладывают 2-3 викриловых шва (ж).

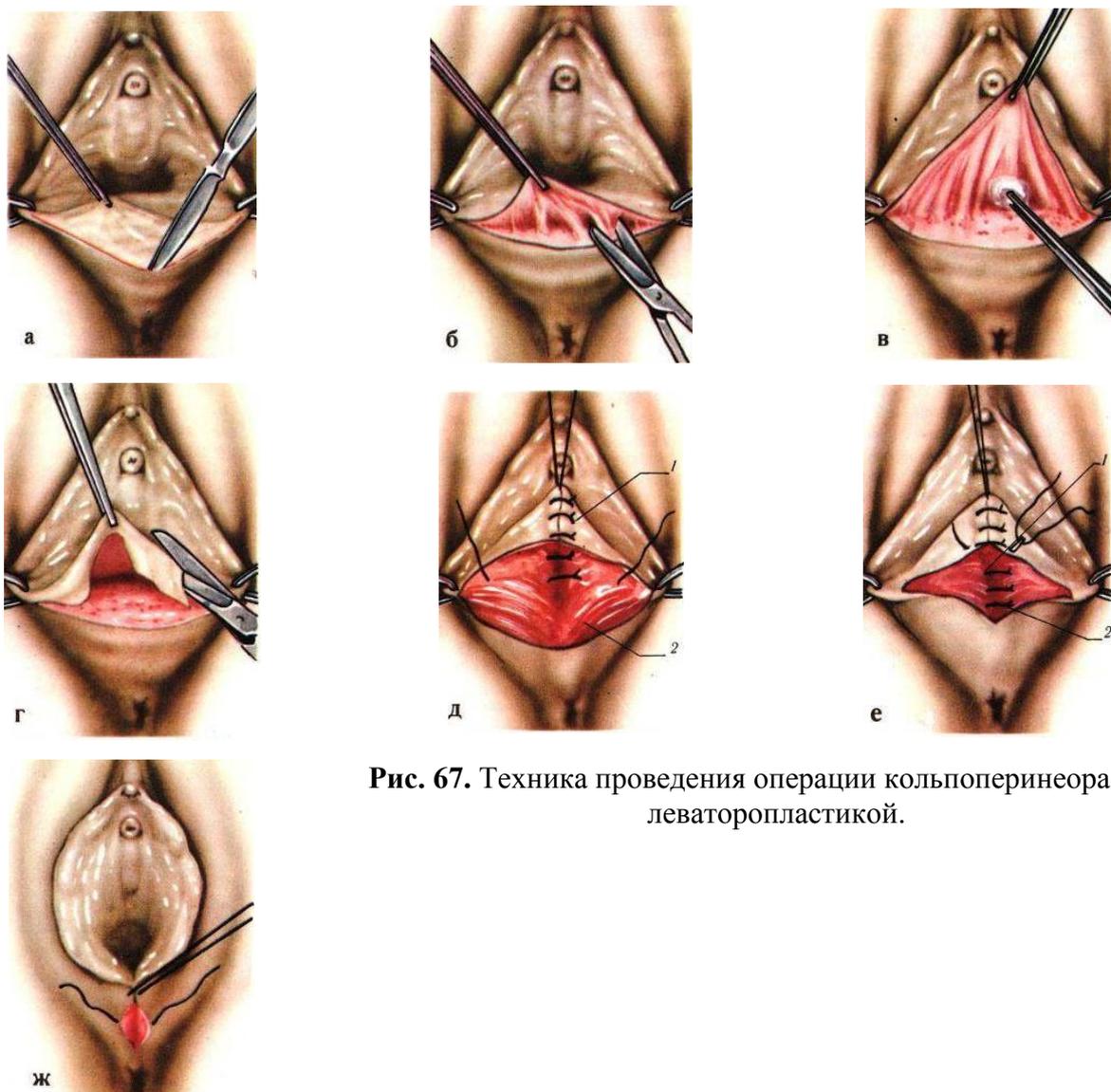


Рис. 67. Техника проведения операции кольпоперинеорафии с леваторопластикой.

8.4. Манчестерская операция

Манчестерская операция представляет собой сочетание передней кольпорафии с ампутацией элонгированной шейки матки и укреплением культи шейки матки.

Показания: опущение и неполное выпадение матки, особенно при наличии элонгации шейки и цистоцеле.

Противопоказания:

- нежелательно выполнение данной операции женщинам, имеющим репродуктивные планы, поскольку резко возрастает риск ИЦН и невынашивания беременности;
- острые воспалительные заболевания.

Техника операции:

- обрабатывают операционное поле
- шейку обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами и подтягивают максимально вниз;
- делают круговой разрез на уровне сводов влагалища, отсепааровывают слизистую оболочку кверху от шейки на протяжении 1,5-2 см
- смещают мочевой пузырь кверху
- кардинальные связки пересекают у основания шейки матки, прошивают их «внахлест» к передней поверхности культи части шейки матки выше предполагаемого уровня ампутации шейки
- производят ампутацию шейки матки
- зондируют цервикальный канал и полость матки
- выполняют переднюю пластику;
- формируют шейку матки за счет слизистой влагалища с помощью по методу Штурмдорфа;
- выполняют кольпоперинеолеваторопластику (прошивают и сближают леваторы, формируют заднюю стенку влагалища);

Осложнения:

- ранение мочевого пузыря
- кровотечение из шейки матки при ее ампутации;
- ранение прямой кишки на этапе задней пластики.

8.5. Влагалищная экстирпация матки

Влагалищная экстирпация матки - удаление матки вагинальным доступом.

Техника операции:

- обрабатывают операционное поле;
- шейку матки обнажают в зеркалах, захватывают пулевыми щипцами и низводят;
- слизистую передней стенки влагалища захватывают зажимом Кохера на 1 см ниже наружного отверстия уретры;
- отсепааровываем треугольный лоскут слизистой передней стенки влагалища, разрез продолжаем циркулярно вокруг наружного зева шейки матки;
- мочевой пузырь и слизистую задней стенки отсепааровываем вверх, визуализируют кардинальные связки;
- захватывают кардинальные связки зажимами, пересекают и перевязывают их;
- накладывают зажимы на нисходящие ветви маточных сосудов, лигируют и пересекают их;
- вскрывают брюшину пузырно-маточной складки (передняя кольпотомия);
- захватывают видимую часть тела матки и вывихивают его через кольпотомное отверстие;
- поочередно с обеих сторон накладывают зажимы на ребра матки (круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника), пересекают, лигируют;
- экстирпация матки;
- ревизия органов малого таза;
- выполняют перитонизацию, при этом культы связок оставляют экстраперитонеально (А);

- оставленные культы связок прошивают между собой (Б);
- передняя кольпоррафия (см. выше);



А



Б

Рис. 68. Этапы влагалищной экстирпации матки

9. НОВЫЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

9.1. Абляция эндометрия

Абляция (резекция) эндометрия – это тотальное удаление слизистой оболочки матки. При абляции удалению подлежит вся толща эндометрия: функциональный и базальный слои с исходящими из них патологическими образованиями. Общая толщина удаляемой ткани в среднем составляет 3-6 мм. Манипуляция чаще всего производится на 5-8 день менструального цикла, когда эндометрий имеет наименьшую толщину.

Доступ к эндометрию осуществляется через цервикальный канал шейки матки. Деструкция слизистой оболочки матки может проводиться без визуального контроля или с помощью гистероскопа.

Методики абляции (рис.69):

- лазерная абляция (А);
- роликовая электроабляция (с помощью биполярного электроскальпеля, который имеет вид широкого вращающегося ролика) (Б);
- баллонная - в полость матки вводится катетер с баллоном, который заполняется жидкостью. Нагревание жидкости до высокой температуры оказывает деструктивный эффект на эндометрий (В);
- гидротермоабляция (введение нагретой жидкости в полость матки) (Г);
- криоабляция (пропускание жидкого азота через полость матки)
- радиочастотная (вводится треугольный сетчатый электрод, по которому пропускается электрический ток) (Д);
- микроволновая (вводится зонд с насадкой, излучающей микроволновую энергию) (Е).

Показания:

- менометроррагии у пациенток старше 35 лет при неэффективности консервативной терапии;
- рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия у пациенток в пременопаузе и менопаузе;
- невозможность назначения гормональной терапии.

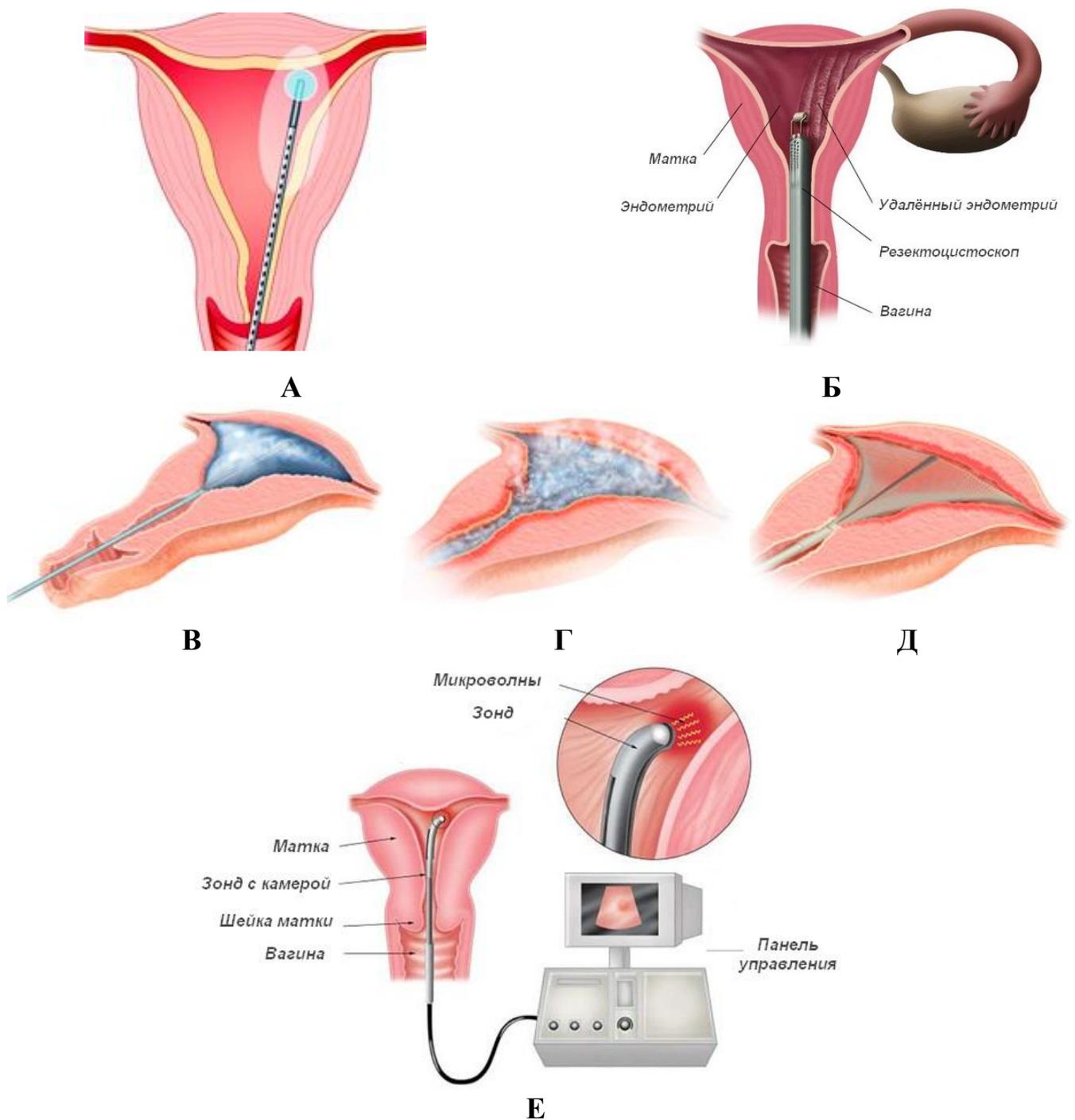


Рис. 69. Методы абляции эндометрия

Противопоказания

- рак эндометрия;
- саркома матки;
- подозрение на малигнизацию гиперплазированных тканей;
- пролапс матки;
- несостоятельность шва на матке;
- острые воспалительные заболевания органов малого таза;

- ЗППП;
- лихорадочные состояния;
- декомпенсации хронических заболеваний.

9.2. Эмболизация ветвей маточных артерий

Эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА) относится к мини-инвазивным рентгенохирургическим вмешательствам. Основным показанием к ЭМА является симптомная миома матки при отсутствии возможностей или отказе женщины от других методов лечения.

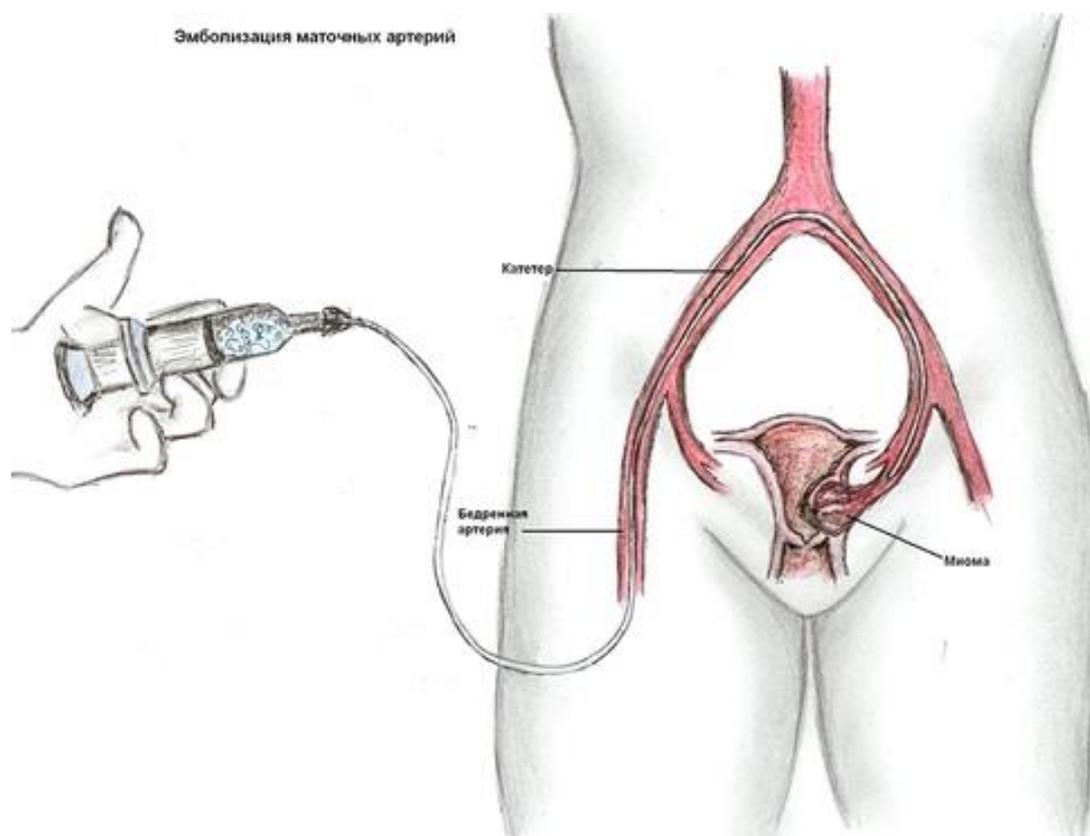


Рис. 70. Методика проведения ЭМА

Противопоказания к ЭМА:

- беременность;
- острые воспалительные заболевания органов малого таза гениталий или их обострение;
- острое инфекционное заболевание;

- аллергические реакции на контрастное вещество,
- артериовенозные пороки развития,
- недифференцированное опухолевидное образование в малом тазу,
- подозрение на лейомиосаркому.

Техника выполнения ЭМА

Перед эмболизацией выполняют обзорную тазовую артериографию и селективную артериографию маточных артерий для определения кровоснабжения миоматозного узла.

Для ЭМА применяют частицы PVA (поливиниловый спирт) диаметром от 250 до 710 мкм.

Через катетер по проводнику вводят микрокатетр в дистальный сегмент маточной артерии. Содержимое флакона с частицами разводят 3-5 мл рентгеноконтрастного вещества, хорошо встряхивают и перемешивают. Суспензию вводят в катетер за 1-3 секунды и подтягивают его на себя для предупреждения фиксации катетера с эмболами или стенкой маточной артерии.

Через 3-5 мин проводят контрольную селективную артериографию через этот же катетер.

Введение суспензии в просвет сосуда вызывает окклюзию или снижение кровотока в миоматозном узле, что приводит к уменьшению размера образования, его миграции и размягчению.

ЭМА может применяться как самостоятельный метод лечения, так и сочетаться с оперативным вмешательством или медикаментозной терапией.

9.3. MRgFUS-терапия миомы матки

MRgFUS (Magnetic Resonance-guided Focused Ultrasound) - это метод неинвазивной деструкции тканей высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под контролем МРТ. При воздействии энергии ультразвука, происходит нагревание патологической ткани, находящейся в фокусе луча, а окружающие ткани остаются интактными (рис. 71).

В ткани миомы под действием MRgFUS терапии развивается коагуляционный некроз с последующим фиброзированием и регрессом узла и симптомов заболевания.

Оптимальное время проведения MRgFUS терапии миомы матки: середина менструального цикла.

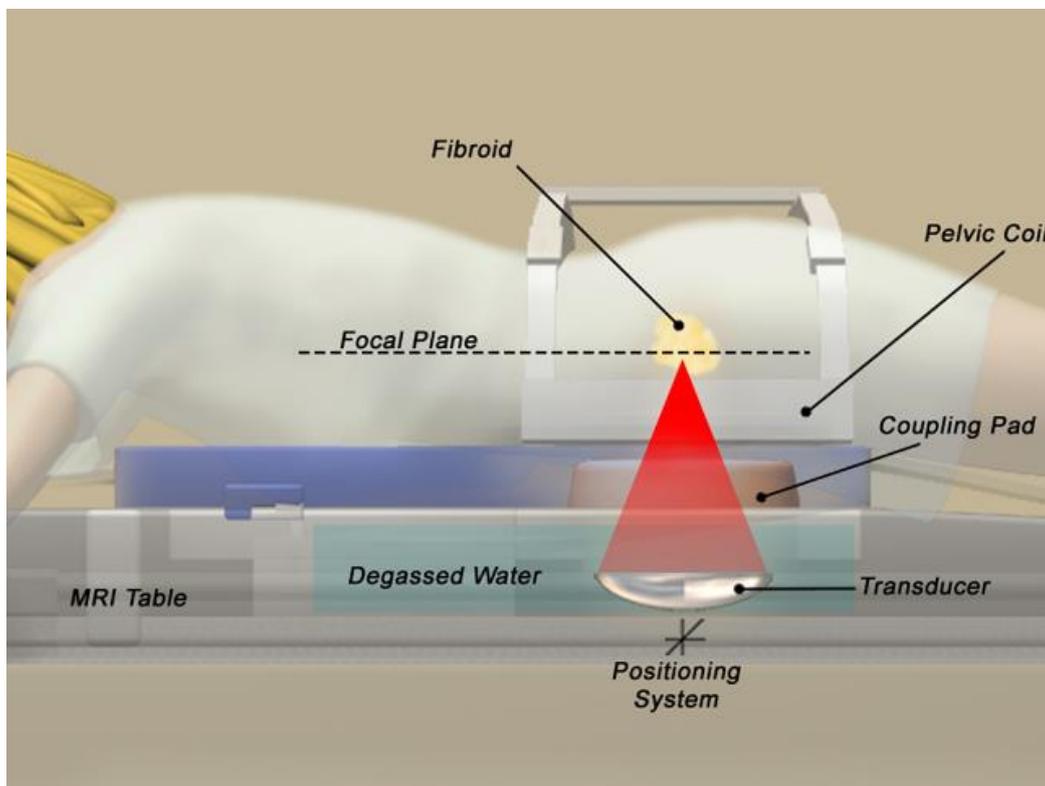


Рис. 71. Схема проведения MRgFUS –терапии

Преимущества:

- неизвазивность;
- отсутствие общего воздействия на организм;
- отсутствие длительного периода реабилитации;
- отсутствие наркоза.

Показания к проведению MRgFUS терапии миомы матки:

- симптомная миома матки;
- подготовка к миомэктомии;
- профилактика клинических проявлений миомы матки.

Противопоказания к проведению MRgFUS терапии миомы матки:

1) *обусловленные состоянием органов малого таза:*

- противопоказания к органосберегающему лечению;
- острый воспалительный процесс органов малого таза;
- беременность;

2) *обусловленные соматической патологией:*

- заболевания печени: циррозы печени, стеатогепатиты в активной фазе;
- заболевания почек с нарушением функции;
- заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушениями ритма и признаками недостаточности кровообращения;
- аллергические заболевания: бронхиальная астма; рецидивы отёка Квинке; поллинозы;

3) *обусловленные ограничениями системы MRgFUS:*

- ограничения к проведению MPT:

- металлические и магнитные импланты.
- кардиостимулятор
- масса тела >110 кг.
- окружность талии > 110 см;
- клаустрофобия

- ограничения FUS:

- грубые и обширные рубцы передней брюшной стенки;
- липосакция области живота в анамнезе;
- пластика передней брюшной стенки полимерной сеткой;
- ЭМА в анамнезе;
- наличие ВМК.

Возможные осложнения MRgFUS терапии миомы матки:

- локальный термический ожог и отек передней брюшной стенки;
- нейропатия седалищных нервов;
- термическая травма органов малого таза;
- свищ между миоматозным узлом и полостью матки.



РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

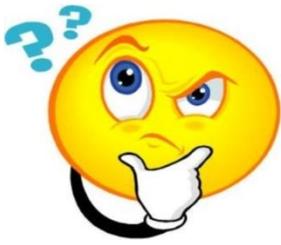
Основная литература:

1. Гинекология: учебник/ под ред. В.Е. Радзинского. – М.:ГЭОТАР-Медиа. - 2016. -1000 с.
2. Оперативная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов // М.: Медпресс-информ, 2017. – 320 с.
3. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В.Е. Радзинского. 3-е издание – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 552с.

Дополнительная литература:

1. Баисова, Б. И. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Б. И. Баисова; ред.: Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429945.html>
2. Влагалищные операции: руководство для врачей / В.Ф. Беженарь, Е.И. Новиков, Л.В. Василенко, Э.В. Комличенко // СПб.: Н-Л, 2013. – 152 с.
3. Гинекология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 732с.
4. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник / М.В. Дзигуа. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 360 с.
5. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике // М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 384 с.
6. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Библиотека врача-

- специалиста / В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пекарев [и др.] // М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240с.
7. Практическая кольпоскопия / С.И. Роговская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 316с.
 8. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1136 с.
 9. Савельева, Г. М. Гистероскопия [Электронный ресурс] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. –Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427842.html>
 10. УЗИ в акушерстве и гинекологии. Т.2 Гинекология / Э.Мерц – М.: МЕД-пресс-информ, 2016. – 720 с.
 11. Цитологическое исследование цервикальных мазков - Пап-тест / Н.Ю. Полонская, И.В. Юрасова // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 168 с.



ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ

Вопросы к разделу «Методы диагностики в гинекологии»

1. Опишите технику бимануального исследования (влагалищного, ректального).
2. Техника осмотра с помощью зеркал.
3. Техника взятия мазков на степень чистоты.
4. Техника взятия мазков на онкоцитологию.
5. Что такое «Пап-тест»?
6. Методика проведения простой и расширенной кольпоскопии, интерпретация результатов.
7. Опишите методику проведения гистеросальпингографии.

Вопросы к разделу «Хирургические методы лечения»

1. Опишите технику раздельного диагностического выскабливания
2. Перечислите инструменты, применяемые для аборта.
3. Назовите препараты для проведения медикаментозного аборта, объясните их механизм действия.
4. Техника введения и удаления ВМК.
5. Техника удаления полипа цервикального канала.
6. Охарактеризуйте методики коррекции истмико-цервикальной недостаточности при беременности.
7. Техника операции Эммета.
8. Лечение патологии шейки матки: радиоволновая хирургия, лазерная вапоризация и криодеструкция.
9. Ампутация шейки матки: показания, противопоказания, техника операции.
10. Диагностическая лапароскопия: характеристика, показания, противопоказания.

11. Техника операции тубэктомии.
12. Техника цистэктомии.
13. Техника овариоэктомии.
14. Охарактеризуйте этапы операции аднексэктомии.
15. Перечислите этапы операции надвлагалищной ампутации матки.
16. Объем операции при экстирпации матки и ход оперативного вмешательства.
17. Показания для «слинговых операций».
18. Передняя и задняя кольпоррафия: показания, ход операции.
19. Влагалищная гистерэктомия.
20. Перечислите показания к проведению манчестерской операции.
21. Охарактеризуйте возможные методики проведения абляции эндометрия.
22. Перечислите противопоказания к проведению эмболизации ветвей маточных артерий.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ из четырёх предложенных.

1. ОСМОТР С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ ПРОИЗВОДЯТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ:

- 1) матки, маточных труб
- 2) влагалища, шейки матки
- 3) мочевого пузыря, прямой кишки
- 4) яичников

2. ДЛЯ ПОДЪЕМА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) крючок для пахового сгиба
- 2) перфоратор
- 3) крючок декапитационный
- 4) подъемник гинекологический

3. УКАЖИТЕ, КАКОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗЕРКАЛО ЯВЛЯЕТСЯ ДВУСТВОРЧАТЫМ:

- 1) по Мартини
- 2) по Симсу
- 3) по Куско
- 4) по Гегару

4. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ УШИВАЮТ:

- 1) шелком
- 2) лавсаном
- 3) кетгутом
- 4) капроном

5. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫСКАБЛИВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ:

- 1) щипцы пулевые
- 2) кюретки
- 3) зонд маточный
- 4) катетер женский

6. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗМЕРОВ ПОЛОСТИ МАТКИ:

- 1) щипцы пулевые
- 2) кюретки
- 3) зонд маточный
- 4) катетер женский

7. К ПОКАЗАНИЮ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ ОТНОСИТСЯ:

1. некроз узла
2. быстрый рост опухоли
3. маточное кровотечение без эффекта от консервативного гемостаза
4. рождающийся субмукозный узел

8. ПОД АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОДРАЗУМЕВАЮТ:

- 1) интраоперационную антибиотикотерапию
- 2) назначение антибиотиков широкого спектра действия в течение 5-7 дней после операции в средних терапевтических дозах
- 3) одно-, двух- или трехкратное парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия за 1-2 суток до операции
- 4) назначение антибактериальной терапии для санации очагов хронической инфекции амбулаторно до операции

9. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ ТРУБУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1) консультация проктолога, ФГДС
- 2) рентгенограмма органов грудной клетки
- 3) гистероскопия
- 4) анализ крови на ХГ

10. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) лапароскопическая цистэктомия
- 2) гистероскопическое удаление субмукозного миоматозного узла
- 3) лапароскопическая миомэктомия
- 4) лапароскопическая ампутация матки без придатков

11. К РАДИКАЛЬНЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) лапароскопическая цистэктомия
- 2) гистероскопическое удаление субмукозного миоматозного узла
- 3) лапароскопическая миомэктомия
- 4) лапароскопическая экстирпация матки без придатков

12. К ПОЗДНИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) внутрибрюшное кровотечение
- 2) послеоперационный парез кишечника
- 3) гипостатическая пневмония
- 4) спаечная болезнь брюшины

13. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ:

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) внутривенная анестезия
- 3) перидуральная анестезия
- 4) местная инфильтрационная анестезия

14. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ:

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) внутривенная анестезия
- 3) перидуральная анестезия
- 4) местная инфильтрационная анестезия

15. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ:

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) внутривенная анестезия
- 3) перидуральная анестезия
- 4) местная инфильтрационная анестезия

16. ПЛАНОВАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:

- 1) в дни менструации

- 2) в первую фазу менструального цикла
- 3) накануне менструации
- 4) выбор дня менструального цикла не имеет значения

17. ПРИ АМПУТАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ НЕ ПЕРЕСЕКАЮТСЯ:

- 1) воронко-тазовые связки
- 2) круглые связки
- 3) крестцово-маточные связки
- 4) кардинальные связки

18. НЕДОСТАТКОМ РАЗРЕЗА ПО ПФАННЕНШТИЛЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) меньше риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
- 2) лучшего косметического эффекта
- 3) технической простоты исполнения
- 4) возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде

19. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ:

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) внутривенная анестезия
- 3) перидуральная анестезия
- 4) местная инфильтрационная анестезия

20. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-ГЕНИТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ:

- 1) цистоскопия
- 2) экскреторную урографию
- 3) хромоскопию
- 4) лапароскопию

21. К ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- 1) микробиологический
- 2) инструментальный
- 4) радиоиммунологический
- 5) эндоскопический

22. КРИТЕРИЙ НАЛИЧИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВО ВЛАГАЛИЩЕ:

- 1) II степень чистоты влагалища
- 2) I степень
- 3) IV степень
- 4) 0 степень чистоты

23..К ТФД НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) подсчет КПИ
- 2) измерение ректальной температуры
- 3) симптом «листа папоротника»
- 4) феномен «глазка»

24. ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОСНОВАН:

- 1) на воздействии эстрогенов на гипоталамус
- 2) на влиянии простагландинов на гипоталамус
- 3) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
- 4) на влиянии эстрогена на терморегулирующий центр гипоталамуса

25. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС – ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ:

- 1) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 2) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке
- 3) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 4) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

Женщина 48 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на нерегулярные и обильные менструации. Беременностей-3, роды-1, 2 мед/аборта.

Бимануально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка увеличена до 11-ти недельного срока беременности, с бугристой поверхностью, подвижна, безболезненна. Своды глубокие. Придатки не определяются.

По данным ультразвукового исследования: по передней стенке в верхней трети визуализируется субсерозное округлое образование смешанной эхогенности с ровными четкими краями диаметром 50 мм, в толще задней стенки округлые образования с четкими краями диаметрами 23 мм, 18 мм и 12 мм.

Вопрос:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. План обследования?
3. Тактика лечения?
4. Объем оперативного вмешательства?
5. Охарактеризуйте исход заболевания.

Ситуационная задача № 2

Пациентка 18 лет обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на гнойные выделения из половых путей, чувство жжения, зуд, отек и боль в области наружных половых органов. Считает себя больной в течение 7 дней после случайного полового контакта. Лечение не проводила.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре наружных половых органов отмечается отек и резкая гиперемия наружных половых органов, пенистые, зеленоватого цвета выделения с запахом из половой щели.

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения
4. Меры профилактики
5. Возможные осложнения

Ситуационная задача №3.

Больная 34 лет обратилась к гинекологу с жалобами на недержание мочи при быстрой ходьбе, беге, чихании. Больной себя считает после родов, которые осложнились слабостью родовых сил во втором периоде. Проводилась родостимуляция. Родился живой ребенок весом 4600, рост 58см. При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Имеется опущение передней стенки влагалища 1 степени. Матка и придатки без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз (основной, осложнения, сопутствующий).
2. План обследования и лечения.
3. Объем оперативного вмешательства.
4. Профилактика рецидивов.
5. Факторы, способствующие развитию заболевания?

Ситуационная задача № 4

Больная, 15 лет, поступила в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, которое появилось после задержки на 3 мес. очередной менструации и продолжается в течение 14 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобин периферической крови 90 г/л, гематокрит 30%, живот мягкий, безболезненный. Гинекологические обследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому

типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Вопросы:

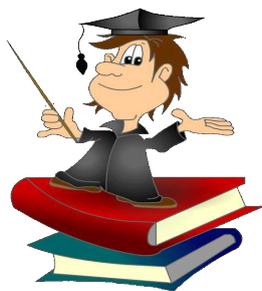
1. Каков диагноз?
2. План обследования?
3. Каким будет план лечения?
4. Этиология и патогенез данного процесса?
5. Дифференциальная диагностика.

Ситуационная задача № 5

В женскую консультацию обратилась пациентка, 46 лет, с жалобами на кровотечение из половых путей в течение 9 дней после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном обследовании: шейка матки не эрозирована, матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. Каков диагноз?
2. План обследования?
3. Каким будет план лечения?
4. Профилактика?
5. Дифференциальный диагноз.



ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1 - 2	2 - 4	3 - 3	4 - 3	5 - 2	6 - 3	7 - 2	8 - 1	9 - 1	10 - 4
11 - 4	12 - 4	13 - 2	14 - 3	15 - 2	16 - 2	17 - 4	18 - 3	19 - 1	20 - 4
21 - 1	22 - 3	23 - 4	24 - 3	25 - 2					

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача № 1:

1. *Осн.: Миома матки*

Осл.: Менометроррагия

2. *Общий анализ крови, мазок из влагалища на флору, мазок на цитологию*

3. *Оперативное лечение; применение модулятора рецепторов прогестерона; внутриматочных гормональных рилизинг-систем*

4. *Ампутация матки.*

5. *Рак или саркома тела матки, опухоли яичника, воспалительные опухолевидные образования придатков матки.*

Задача № 2:

1. *Острый вульвовагинит*

2. *Мазок из влагалища на флору, бактериологическое исследование, выявление возбудителя методом ПЦР*

3. *Санация влагалища с последующим восстановлением микрофлоры*

4. *Применение барьерных методов контрацепции, избегание случайных половых контактов.*

5. *Хронизация процесса, вовлечение верхних отделов половой системы; бесплодие.*

Задача 3:

1. *Осн: Опущение передней стенки влагалища I степени.. Несостоятельность мышц тазового дна.*

Осл: Стрессовое недержание мочи.

2. Обследование больной (клинико-лабораторное, УЗИ, КУДИ). Оперативное лечение.

3. Передняя кольпоррафия. Слинговая операция (TVT Obturator)

4. Упражнения, направленные на укрепление брюшного пресса и мышц тазового дна, правильное ведение беременности и родов.

5. Осложненные роды, роды крупным плодом, многорожавшие женщины, многоплодная беременность, дисплазия соединительной ткани, гипострогенные состояния.

Задача 4:

1. АМК ювенильного периода. Анемия. *Virgo intacta*. Хронический тонзиллит.

2. УЗИ органов малого таза, коагулограмма.

3. Показан гормональный гемостаз

4. Атрезия фолликула.

5. Болезнь Виллебранда, болезнь Верльгофа, полипы тела и шейки матки, нарушение функции щитовидной железы.

Задача 5:

1. АМК климактерического периода.

2. УЗИ органов малого таза, общий анализ крови, коагулограмма

3. Показано раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки стенок цервикального канала и полости матки.

4. Применение гормональной контрацепции, коррекция эндокринно-обменных нарушений.

5. Беременность, дефекты системы гемостаза, гиперпластические процессы эндометрия, онкопатология эндометрия.

Учебное пособие

**АТЛАС
ПО ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
МАНИПУЛЯЦИЙ**

Тихонова Татьяна Федоровна
Сахаутдинова Индира Венеровна
Зулкарнеева Эльмира Маратовна
Хамадиянова Светлана Ульфатовна
Марон Анна Дмитриевна

Лицензия № от « »

Сдано в набор _____

Подписано к печати « » 2017 г.
Бумага офсетная. Формат 60x84 1/16. Уч-изд.л.
Тираж _____ Заказ № _____

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России