

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра Акушерства и гинекологии интернатуры

**Тема: «Ассистенция при
операции по поводу маточного
кровотечения»**

Мухамеджанова А.М.
740гр.

Маточное кровотечение это обильное выделение крови из матки, и оно может быть симптомом гинекологических заболеваний или неблагоприятного протекания беременности. Причин для маточного кровотечения существует много. К сожалению, это заболевание с практически одинаковой вероятностью может возникнуть и в младенчестве, и в старости. Многие женщины пренебрегают походами к врачу, и это приводит к плачевным последствиям.

ВИДЫ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Есть несколько видов маточного кровотечения. Их причины и варианты лечения обычно зависят от возраста женщины (девочки). В период новорожденности, на протяжении первой недели жизни, у ребенка может появляться небольшое количество кровянистых выделений. Это не опасно и связано с настройкой гормонального фона в организме. Такие кровотечения проходят довольно быстро. Такие случаи не требуют вмешательства врачей.

Маточные кровотечения у девочек до 10 лет может быть вызвано гормонально-активными новообразованиями в яичниках. Они выделяют большое количество гормонов и вызывают «ложное» половое созревание.

В 12-18 лет могут появиться ювенильные маточные кровотечения. Это является признаком пубертатного периода.

В 18-45 лет возникают кровотечения репродуктивного возраста. В таком возрасте маточные кровотечения могут быть вызваны беременностью, родами или дисфункциональными заболеваниями. После 45 лет кровоизлияния могут быть последствием заболевания репродуктивных органов или обуславливаться гормональным сбоем (нарушением выработки гормонов).

Также виды маточных кровотечений можно классифицировать по причинам их возникновения. Всего их существует три вида: дисфункциональные (ановуляторные и овуляторные), органические (вызванные системными заболеваниями или патологией органов) и ятрогенные (как возможное последствие контрацептивов, разжижающих кровь).

Ановулярные кровотечения появляются из-за нарушения функционирования гипоталамо-гипофизарной системы и недостаточности яичников. Как правило такие кровотечения возникают в климактерический период.

Овулярные маточные кровотечения появляются в репродуктивном возрасте. По сути, это чрезмерно обильное менструальное кровотечение, которое приводит к дефициту железа в организме.

Очень опасными являются кровотечения при беременности. Какой бы не была причина кровотечения женщине рекомендуется обратиться к врачу. Единственным нормальным (естественным) маточным кровотечением являются менструации.

ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Важно вовремя распознать маточное кровотечение. Оно отличается от менструального и имеет такие признаки: объем выделений составляет намного больше 80 мл (меноррагия, обычно со сгустками), длительность менструаций составляет более 6 дней, нерегулярное появление выделений (метроррагия), кровоизлияние после полового акта, кровь при менопаузе или после менструаций.

Если маточное кровотечение является причиной выкидыша, женщина чувствует сильные схваткообразные боли в животе. В последних двух триместрах беременности кровотечение может быть последствием повреждения плаценты. Это представляет большую угрозу как для жизни самой матери, так и для выживания ребенка. Также маточные кровотечения в период беременности могут появляться из-за повреждения кровеносных сосудов в шейке матки. Повреждения могут возникнуть при половом акте или же во время осмотра. Такие кровотечения как правило не обильны и кратковременны.

ПРИЧИНЫ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

У маточного кровотечения может быть множество разнообразных причин. Обычно они появляются из-за болезни матки или ее придатков. Это могут быть доброкачественные или злокачественные опухоли. Так при миоме (доброкачественная опухоль) матки кровотечение очень усложняет жизнь женщины. Такое кровотечение может быть последствием увеличения опухоли или наличием патологических процессов. К счастью, рост опухоли прекращается при климаксе, потому как зависит исключительно от гормонов. Но обычно кровотечение появляется из-за нарушения сократительной способности матки. Если причина в этом, то лечение кровотечения проводится в комплексе с общей терапией.

Дисфункциональные маточные кровотечения обычно возникают из-за какого-либо воспаления или инфекционного заболевания придатков матки, сердечнососудистых патологий, травмы мочеполовой системы. Также причиной могут стать сильные стрессы, нервные расстройства, переутомления (физические и умственные), авитаминоз, плохая экология в месте проживания или на работе и резкая смена климата. Дисфункция яичников опасна тем, что может привести к бесплодию.

Ювенильные кровотечения наблюдаются среди 10-12% девушек до 18 лет из-за патологическими заболеваниями на гинекологической почве. Причинами для заболевания становятся инфекции и токсическое воздействие на гипоталамические структуры, которые отвечают за регуляцию функций яичников. Кроме того, маточное кровотечение у детей также может быть последствием нарушения функции яичников, опухолью, травмой или заболеванием крови.

При климаксе происходит перестройка гормонального фона организма и маточные кровотечения могут возникать часто. Но их причиной также могут стать доброкачественные (миомы, полипы) и злокачественные опухоли. Опухоль тела или шейки матки составляет около половины случаев маточного кровотечения, проявляющегося у женщин в период постменопаузы. В процессе родов кровотечения могут быть вызваны отслойкой плаценты. А в период после родов маточное кровотечение может возникнуть из-за снижения тонуса матки или нарушения у пациентки функции свертываемости крови. Кроме того маточные кровотечения, как у взрослых, так и у подростков, могут появиться при неправильном приеме эстроген-гестагенных и гестагенсодержащих контрацептивов или при неправильном положении внутриматочных контрацептивов.

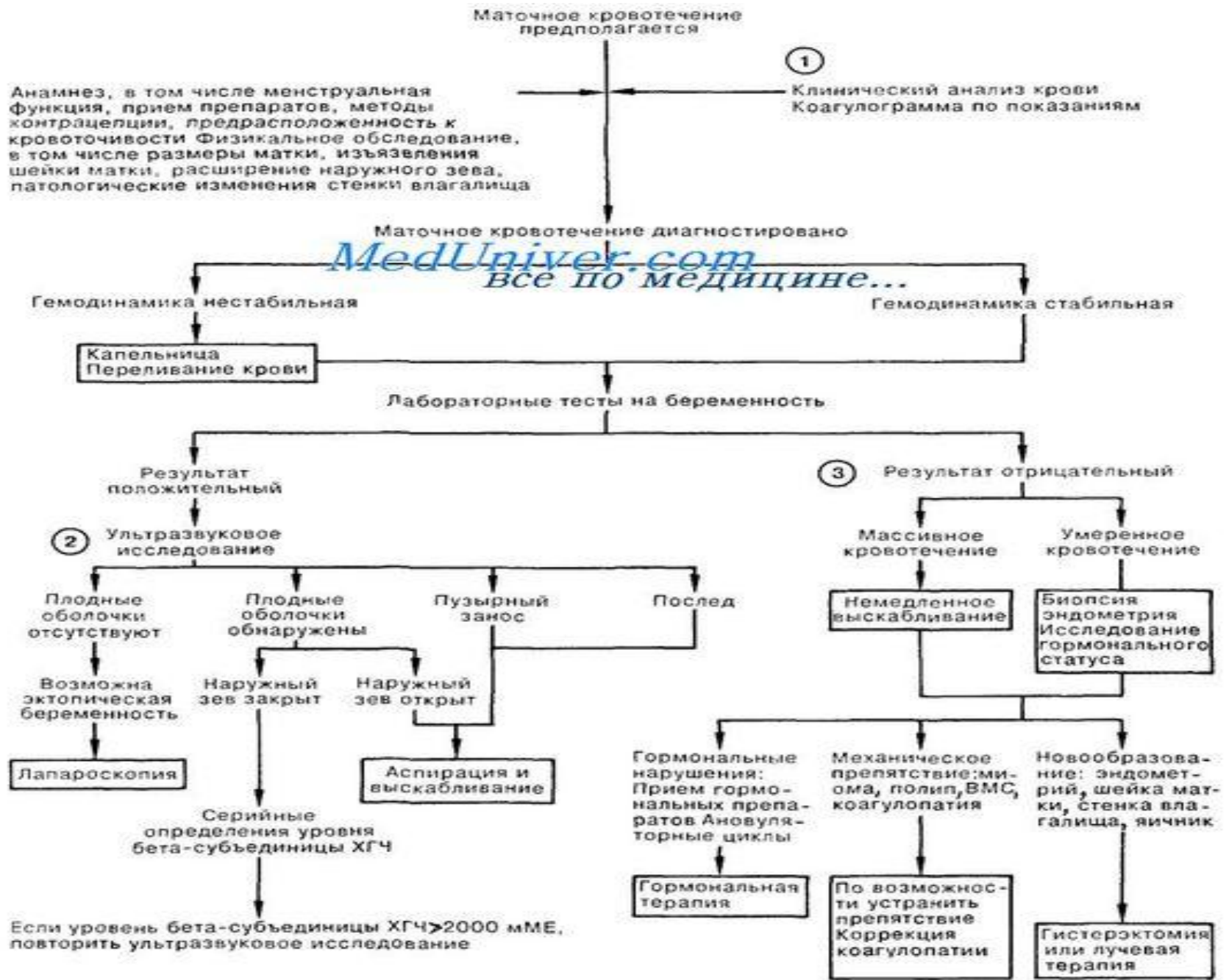
ДИАГНОСТИКА

При диагностике маточных кровотечений очень важным является ряд факторов, как перенесенные детские инфекции, возраст, эндокринные расстройства, функциональность нервной системы, условия работы и жизни. Для верной постановки этого диагноза используют УЗИ, анализ свертывающей системы крови, кольпоскопию, проверяют уровень эстрогенов в моче, УЗИ щитовидной железы.

ЛЕЧЕНИЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Лечение маточных кровотечений заключается в остановке кровотечения (гемостаз) и профилактике рецидива. Все случаи кровотечения лечатся стационарно. Собственно лечение будет зависеть от причин, тяжести кровотечения и возраста больной. Если кровотечение вызвано неправильно установленным внутриматочным контрацептивом (например, спиралью), то его удаляют хирургически. Одним из вариантов остановки кровотечения является проведение раздельного диагностического выскабливания. Такой способ также помогает установить причину заболевания.

В качестве кровоостанавливающих препаратов назначают такие лекарства, как дицинон, этамзилат, викасол, аминокaproновая кислота. Дицинон является очень распространенным препаратом от маточного кровотечения. Он воздействует на стенки самых мелких сосудов (капилляров), снижает их хрупкость, а также улучшает циркуляцию и свертываемость крови. Препарат не вызывает усиление образования тромбов, но при тромбозе противопоказан. При меноррагиях препарат дицинон принимают в таблетках, но обычно врач сам прописывает дозы и способ применения.



АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ С ДВУСТОРОННИМ УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ



ХОД ОПЕРАЦИИ

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

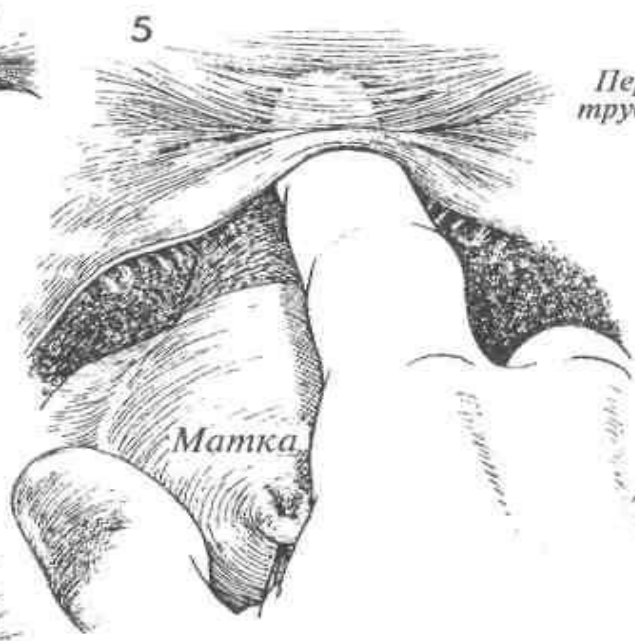
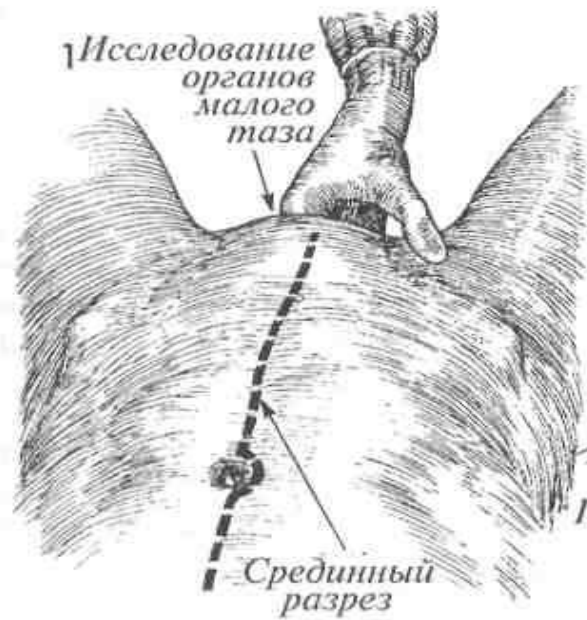
2. В рану вводят ранорасширитель, кишечник отграничивают влажными теплыми салфетками. На дно матки накладывают одиночный шов-держалку синтетической рассасывающейся нитью 0. Матку отводят вправо, левая круглая связка при этом натягивается, и ее пересекают между двумя зажимами.

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

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

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

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



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

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

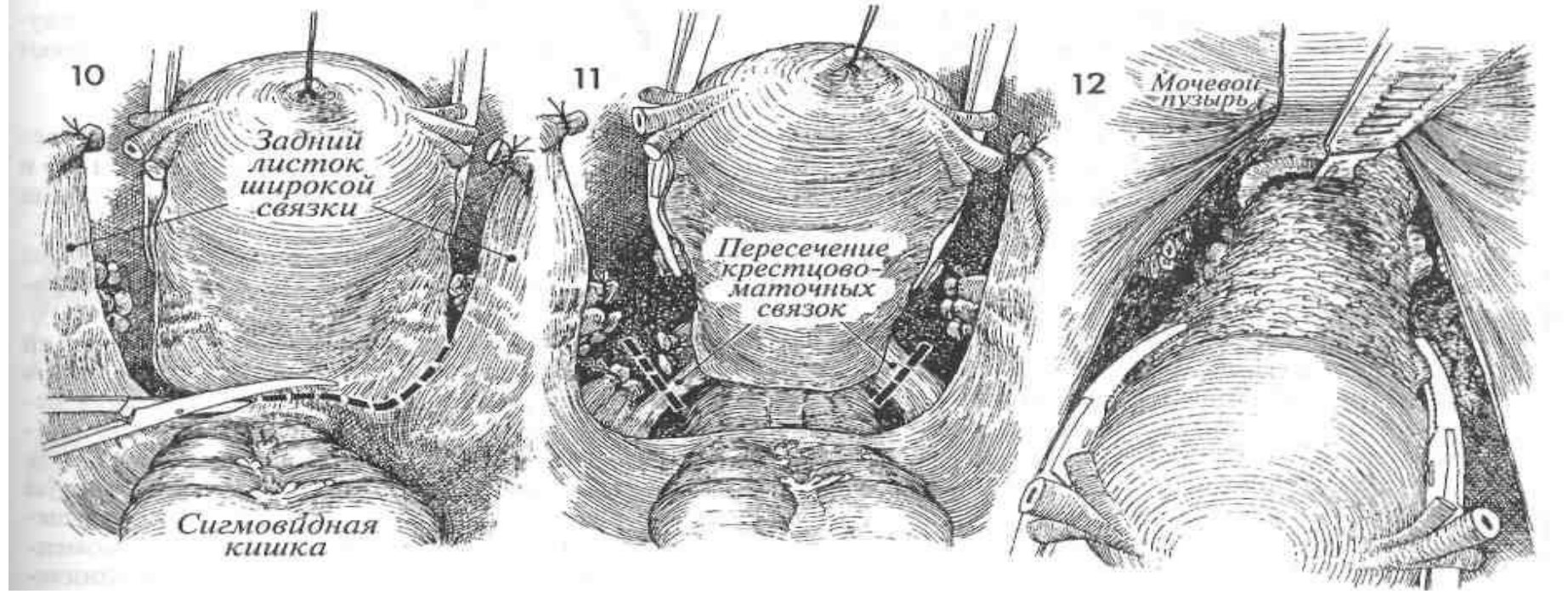
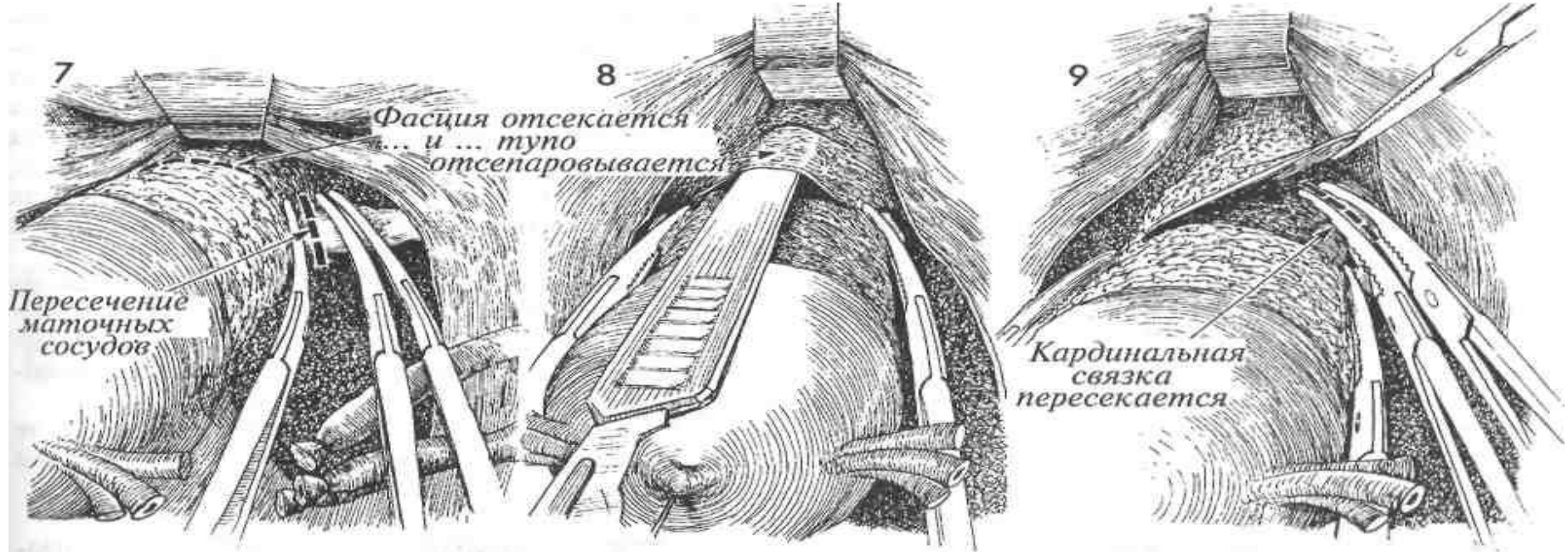
8. Матку продолжают оттягивать вверх, а лонно-пузырную шейечную фасцию рукояткой скальпеля отсепаровывают книзу. Тем самым удается мобилизовать мочеточник в каудальном и латеральном направлениях.

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

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

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

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



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

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

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

На

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

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

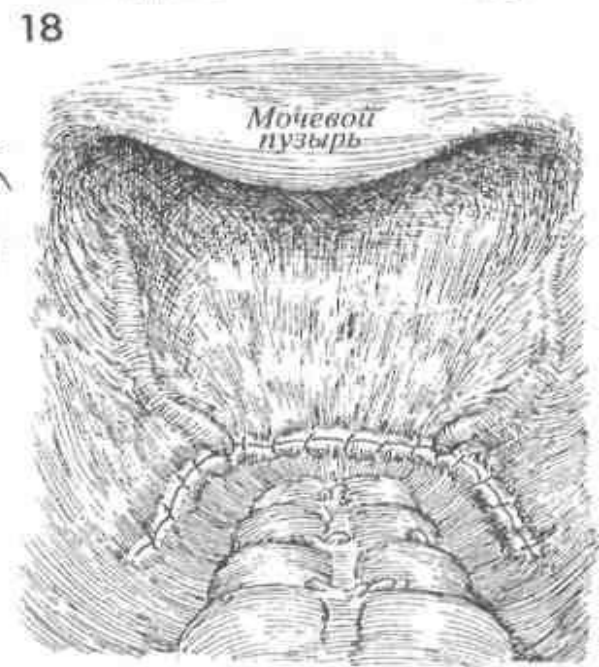
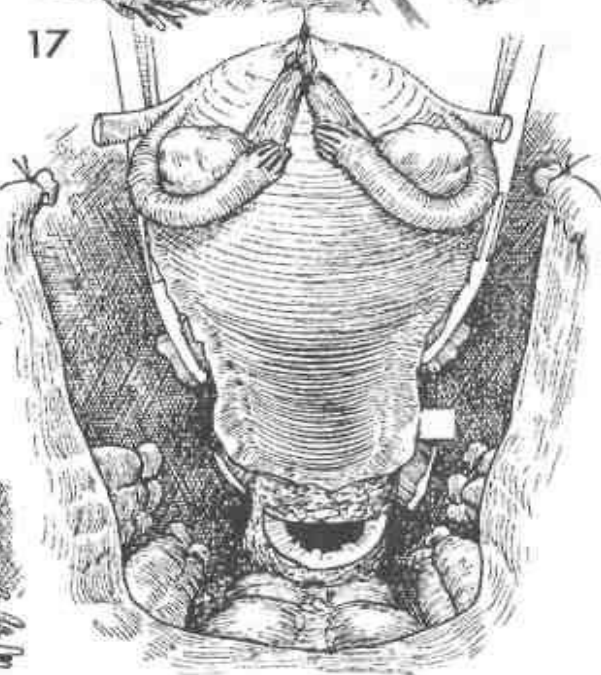
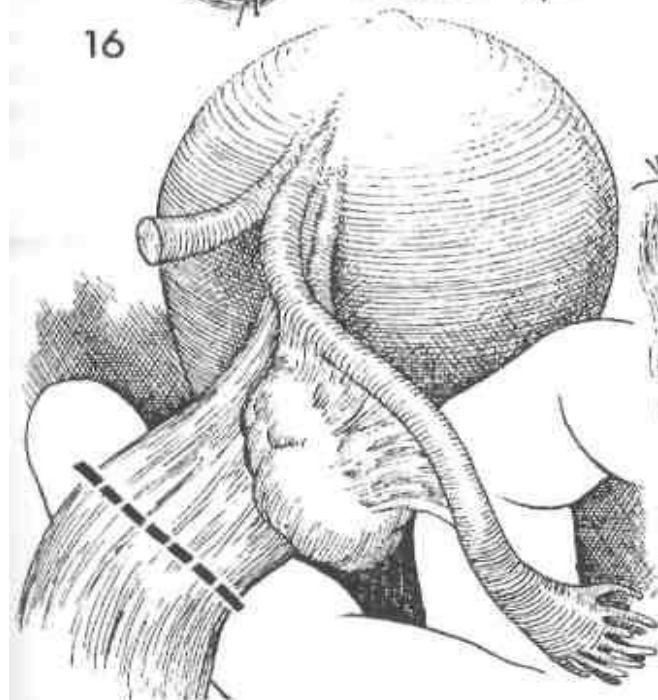
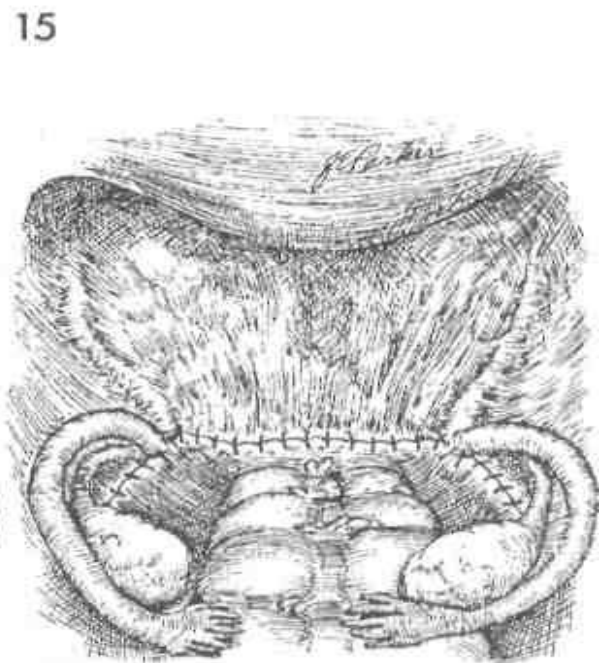
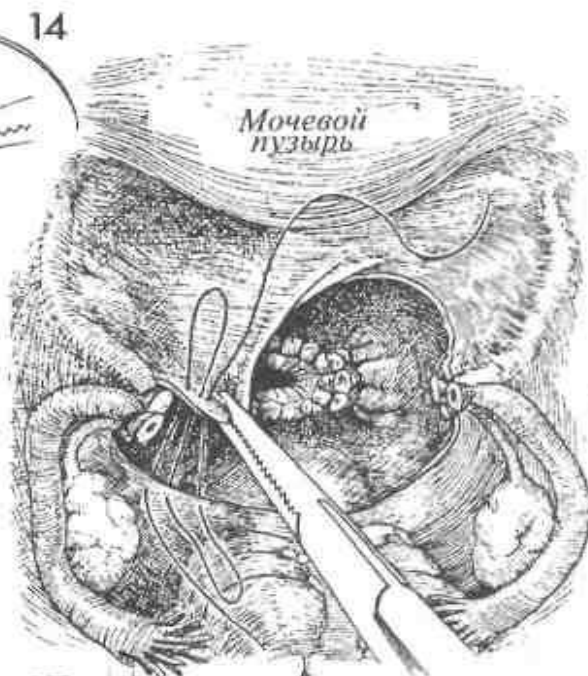
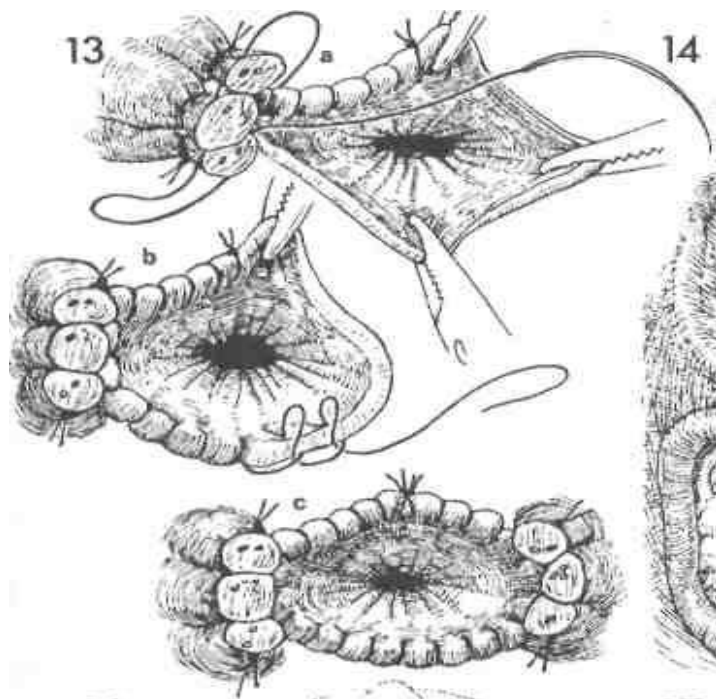
15. Дренажи устанавливаются редко. Если их использование показано, то они проводятся через открытое отверстие влагалища и размещаются около боковых стенок таза в забрюшинном пространстве.

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

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

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

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



Литература

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

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!!**