

Виды операций при патологии яичников

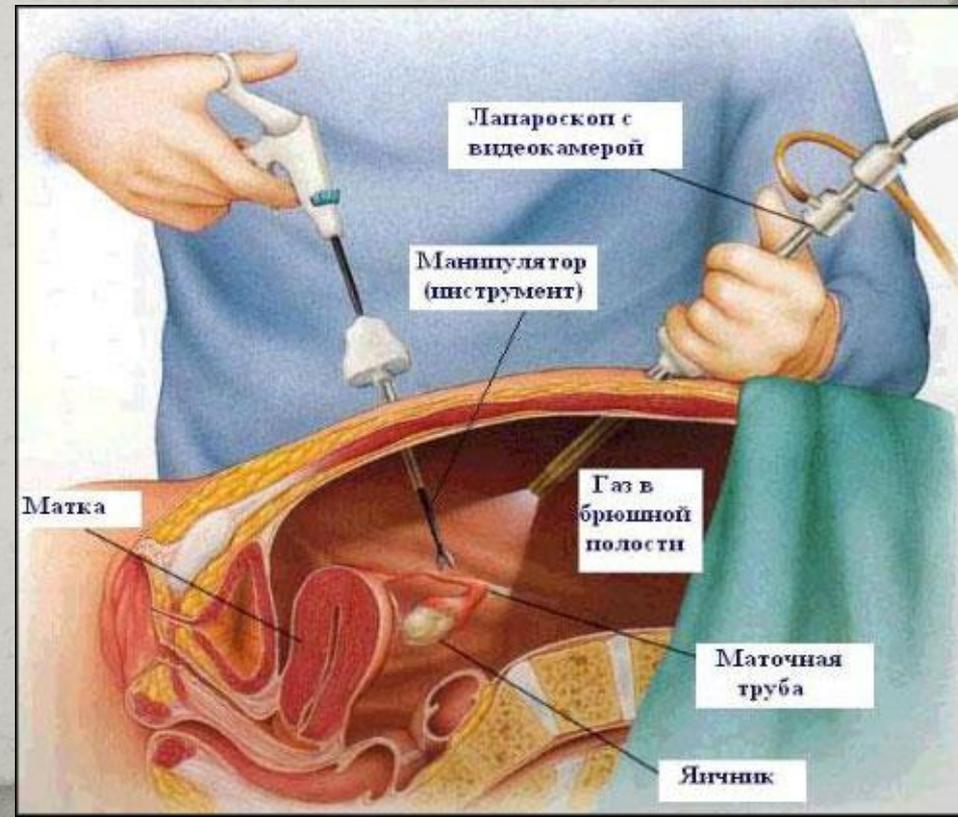
Подготовила:
Коротцова А.С.

Различают:

- Клиновидная резекция
- Цистэктомия
- Овариэктомия
- Аднэксэктомия
- Каутеризация яичноков

Показания:

- – доброкачественные опухоли яичников(цистаденома)
- – опухолевидные образования яичников(киста)
- – эндометриоидное поражение яичниковой ткани;
- – склерополикистоз яичников;
- – гнойно-воспалительные процессы придатков матки.



Противопоказания к лапароскопическому методу:

- 1. Обоснованное подозрение на злокачественный процесс.
- 2. Геморрагический шок.
- 3. Противопоказания, обусловленные сопутствующими соматическими заболеваниями

Необходимые инструменты:

- эндовидеосистема, включающая оптическую систему с видеокамерой, световод и медицинский монитор;
- лапароскоп;
- инфулятор газа;
- аспиратор-ирригатор;
- электрохирургический блок;
- игла Вереша;
- 5-мм троакары – 2;
- 10-мм троакар – 1;
- 5-мм инструмент для пункции овариального образования;
- мягкий и жесткий 5-мм зажимы, 5-мм диссектор, 5-мм эндокрючок;
- монополярные ножницы;
- биполярные щипцы;
- иглодержатель;
- шовный материал: «Полисорб» или «Викрил» 2-0, 3-0;
- пластиковый контейнер для извлечения препарата из брюшной полости;
- маточный ретрактор «Pelози»

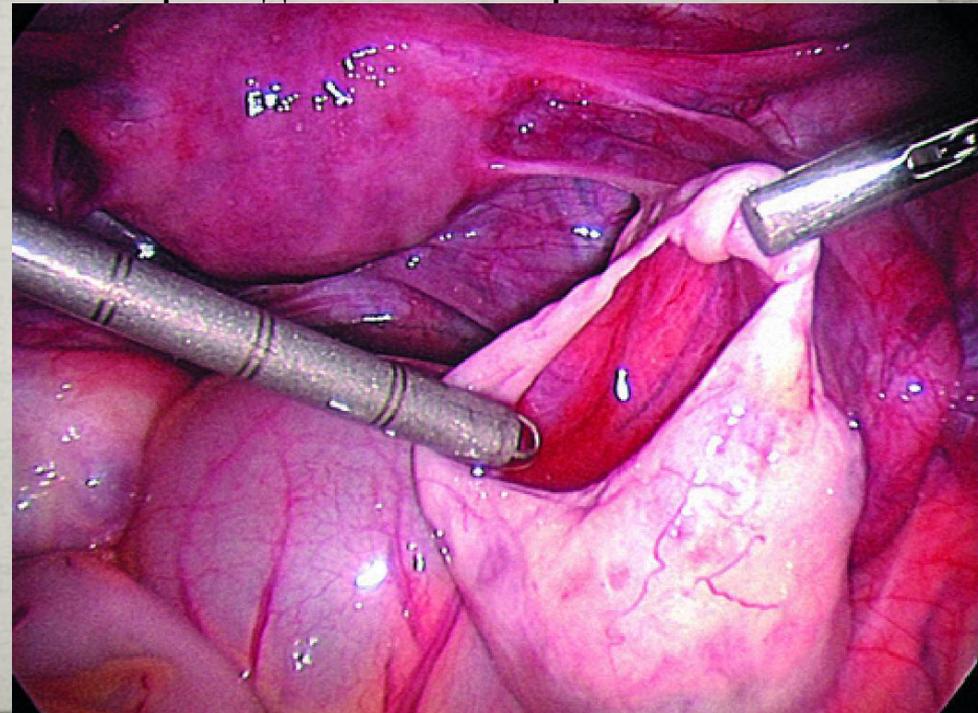
Клиновидная резекция

- Яичник захватывают атравматичными щипцами у одного из полюсов и с помощью монополярного электрода клиновидно отсекают ткань яичника. Гемостаз осуществляют с помощью биполярной коагуляции. Объем яичника в результате резекции уменьшается до нормальных размеров

ЦИСТЭКТОМИЯ

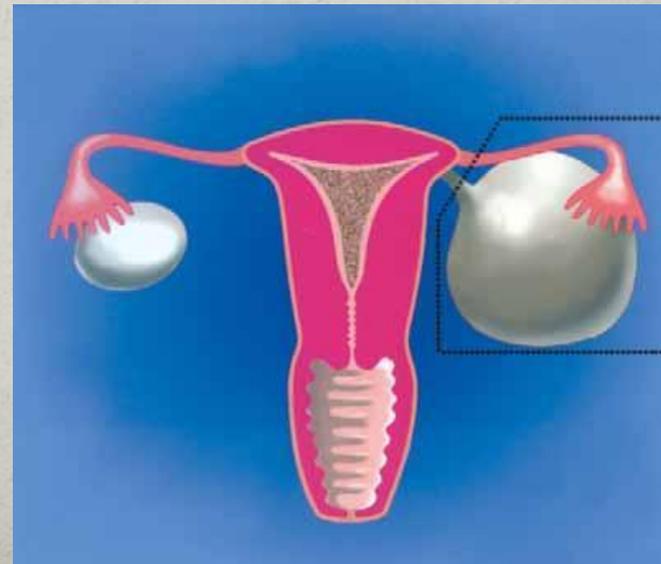
После тщательной ревизии органов брюшной полости и малого таза биопсийными или атравматичными щипцами захватывают корковый слой яичника. Ножницами надсекают ткань яичника на границе с кистозным образованием. Края раны захватывают зажимами и разводят для последующей энуклеации кистозного образования. Проводят бережное вылушивание объёмного образования с капсулой тупым путём при помощи бранши щипцов, ножниц, диссектором. При вылушивании необходимо соблюдать осторожность во избежание вскрытия стенки кистозного образования. После вылушивания кисты проводят гемостаз раны яичника биполярной коагуляцией.

! После достижения гемостаза ложе кисты оставляют открытым



Киста доброкачественная:

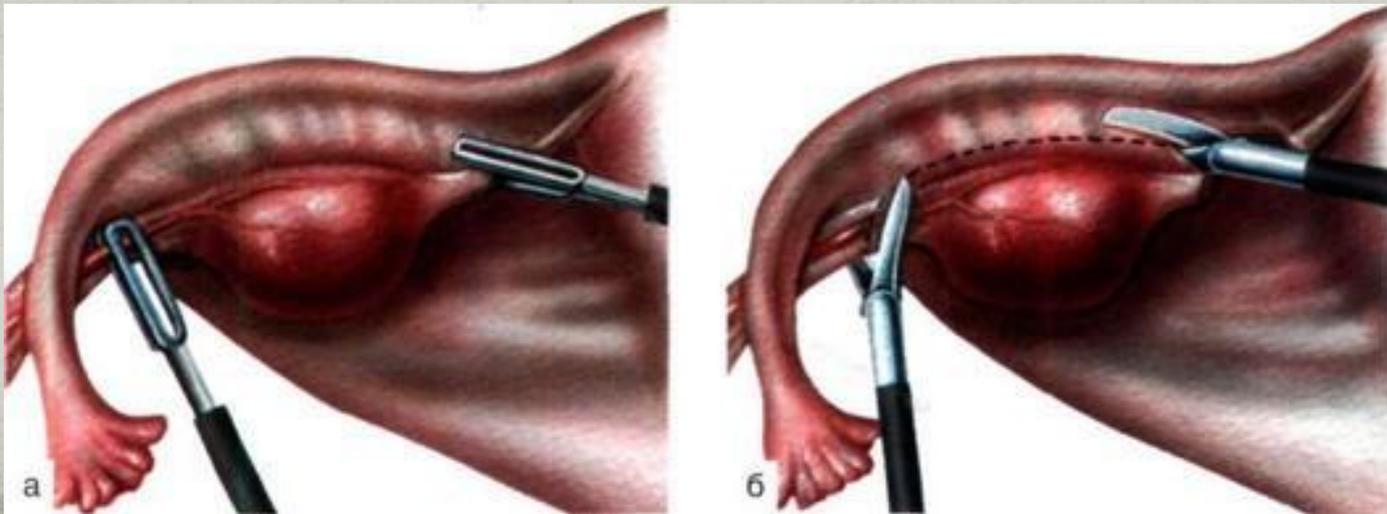
- возраст пациентки меньше 50 лет;
- отсутствие асцита;
- киста односторонняя и подвижная;
- диаметр ее не превышает 5–8 см;
- при ультразвуковом исследовании киста однокамерная, стенка гладкая с четкими контурами, не содержит внутренних включений;
- содержание СА-125 и СОЭ не превышает нормальных значений.

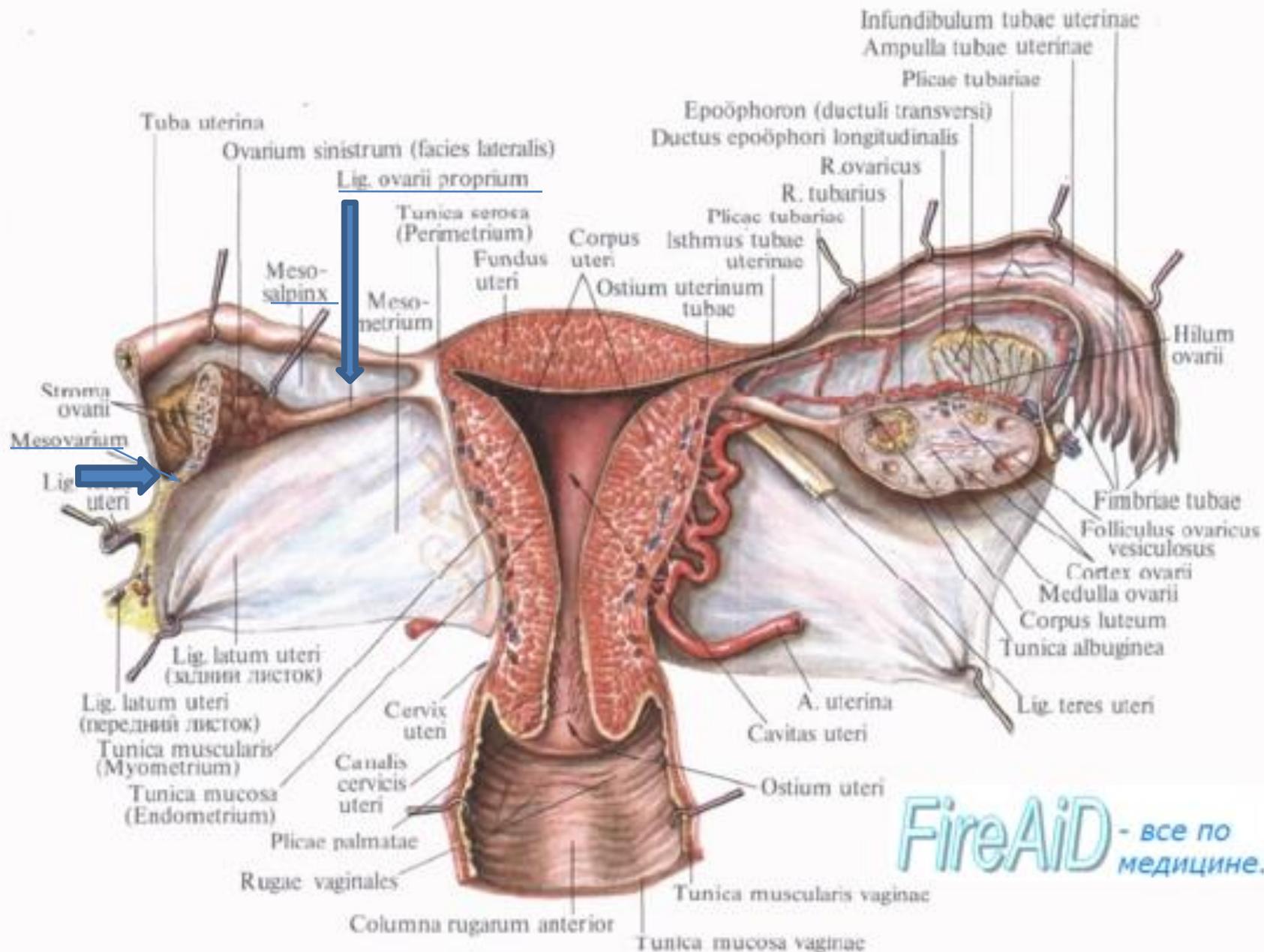


Овариэктомия - удаления яичника.

1 способ: Зажимом захватывают яичник, создают тракцию, обеспечивая визуализацию его связок и натяжение тканей. Производят биполярную коагуляцию собственной связки яичника, воронко-тазовой связки и мезоварума с последующим рассечением эндоножницами.

2 способ: Наложении петлевой лигатуры на вышеуказанные образования. Яичник помещают в пластиковый контейнер и извлекают из брюшной полости

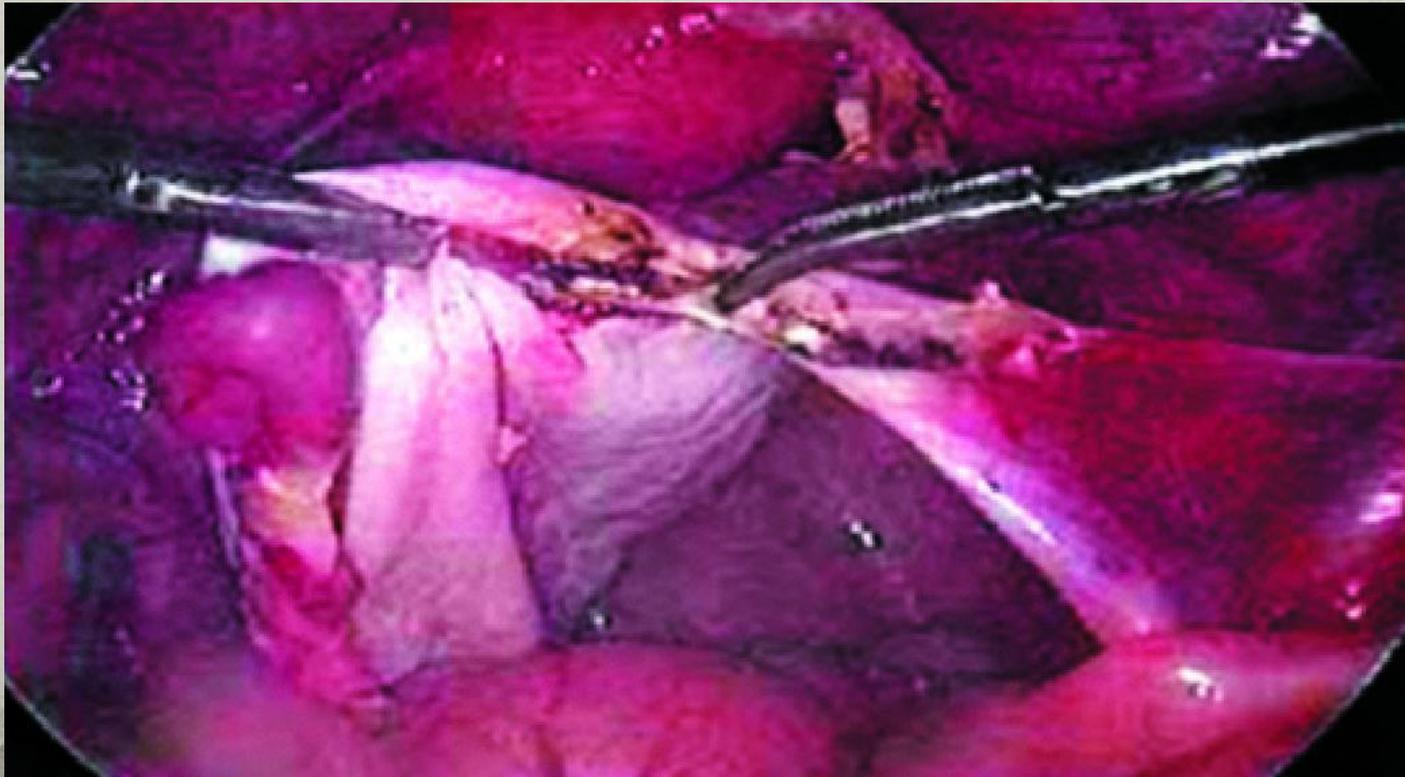




FireAiD - все по
 медицине.

АДНЭКСЭКТОМИЯ - удаление фаллопиевой трубы и яичника

Зажимом, введенным на стороне поражения, захватывают маточную трубу, создают тракцию, обеспечивая натяжение тканей. Диссектором в области маточного угла в режиме коагуляции пересекают маточную трубу. Далее вдоль нее пересекают мезосальпинкс на $2/3$ его протяженности, собственную связку яичника и $2/3$ мезоварума. После предварительной коагуляции эндоожницами пересекают воронко-тазовую связку, а затем и оставшуюся часть брыжеек фаллопиевой трубы и яичника. Контролируют гемостаз



Каутеризация яичников

(лапароскопическая электрокоагуляция)

- Формирование 10–15 отверстий на поверхности яичника с помощью электрода, который располагают перпендикулярно к его поверхности. Из участка воздействия изливается фолликулярная жидкость, в результате термического повреждения мозговой слой сморщивается и к завершению операции объем яичника уменьшается

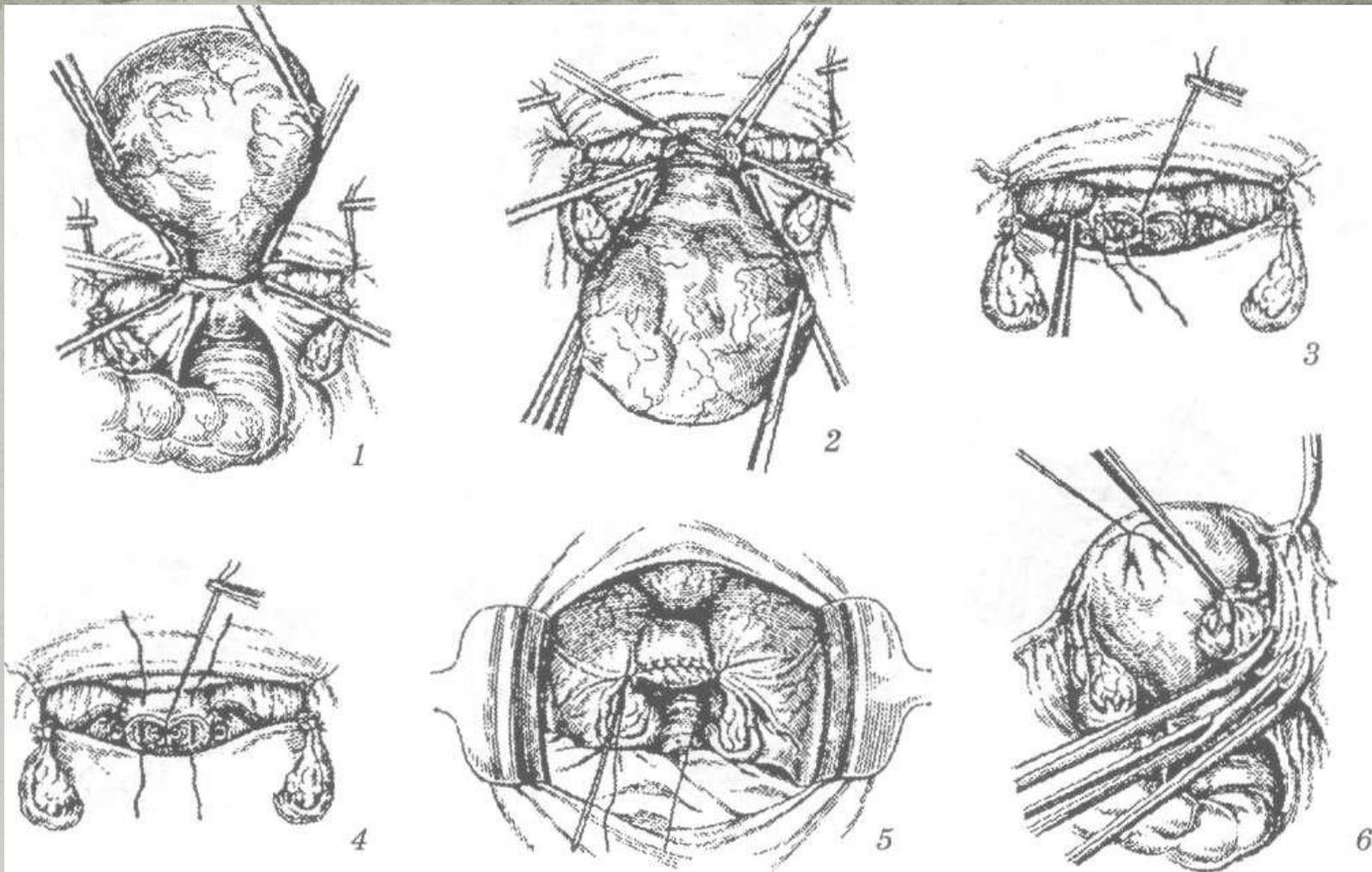


Надвлагалищная ампутация матки с придатками - при раке яичников

- Нижняя срединная лапаротомия (или по Пфанненштилю).
- Ревизия органов малого таза
- Клеммирование, рассечение и лигирование поочередно справа и слева круглых связок, маточных концов труб и собственных связок яичников
- Передний и задний листки брюшины рассекают спереди в области пузырно-маточной складки, сзади над крестцово-маточными связками
- Клеммированы, рассечены и лигированы сосудистые маточные пучки на уровне внутреннего зева с захватом тканей шейки матки, справа и слева поочередно
- Отсечено тело матки на уровне внутреннего зева от шейки.
- Культия её ушита отдельными швами.
- Контроль на гемостаз. Перитонизация.
- Туалет брюшной полости, ревизия органов. Разрез брюшной стенки послойно ушивают наглухо.
- Повязка.

Для обезболивания операции применяют:

- ● эндотрахеальный наркоз,
- ● регионарную (спинальную или эпидуральную) анестезию,
- ● комбинированную анестезию.



1 — отсечение матки от шейки по задней поверхности; 2 — отсечение матки от шейки по передней поверхности; 3 — культя сосудистых пучков подвязываются дополнительными лигатурами к культе шейки матки; 4 — ушивание культи шейки матки; 5 — перитонизация; 6 — наложение зажимов на воронко-тазовую (подвешивающую яичник) связку при надвлагалищной ампутации матки с придатками

Противопоказания:

- любых острых воспалительных заболеваниях любой локализации (в том числе при ОРЗ, гриппе)
- при воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА:

- адекватное обезболивание;
- ранняя активизация пациенток: на 2е сутки после операции (с предварительным бинтованием нижних конечностей);
- применение в программе лечения инфузионной терапии в режиме умеренной гиперволемии в течение первых 2х суток;
- применение пневматической манжеточной компрессии с первых суток послеоперационного периода и до выписки пациенток, ношение бандажа и компрессионного белья;
- профилактика тромбоэмболических осложнений (прямых антикоагулянтов): надропарина кальция (2850 МЕ антиХа активности) под кожу живота в течение 5– 7 дней (при массе тела больной более 100 кг дозу необходимо удвоить), средств, улучшающих реологические свойства крови — реополиглюкин ©, пентоксифиллин;
- мягкая стимуляция кишечника за счёт применения, в первую очередь, эпидуральной блокады, адекватной инфузионной терапии в объёме нормо или незначительной гиперволемии и преимущественного использования препаратов метоклопрамида, оказывающих регулирующее влияние на моторику ЖКТ. При отсутствии достаточного эффекта показано применение других тономоторных средств (неостигмина метилсульфата, пиридостигмина бромида, дистигмина бромида). При парезе кишечника эффективна стимуляция неостигмина метилсульфатом по следующей схеме: по 1,0 мг внутримышечно каждые полчаса (2 инъекции), затем — очистительная клизма. В профилактике пареза кишечника немаловажную роль играет коррекция гипокалиемии;
- ежедневная обработка шва раствором бриллиантовой зелени или марганцовокислого калия, применение спринцевания — с 3–4х суток после операции;
- выписка на 6–8е сутки.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ:

- После операции необходимо ношение бандажа и компрессионного белья не менее 2 мес.
- Следует исключить половые контакты на срок 8 нед.
- При наличии любых осложнений (инфекция, кровотечение) нужно немедленно обратиться в тот стационар, где проводили операцию, при невозможности это сделать — в любой другой гинекологический стационар.

Список литературы:

- 1) **Операции на яичниках**

К.В. Пучков, А.К. Политова. Лапароскопические операции в гинекологии: Монография.- М.: МЕДПРАКТИКА – М.- 2005.

- 2) *Хирургические методы лечения в гинекологии (<http://www.medsecret.net/>)*