

**ИНФОРМАЦИЯ О МЕТОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫХ С НИМИ РИСКАМИ,  
ВИДАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(гинекологический профиль)**

Нормативные документы, использованные для составления информации:

- Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"
- Клинические рекомендации по отдельным нозологиям (заболеваниям), опубликованные на сайте [https://cr.minzdrav.gov.ru/clin\\_recomend](https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend), действующие на момент публикации

**Общие положения, характерные для всех видов хирургического лечения органов малого таза.**

Оперативное лечение проводится только при наличии показаний, которые изложены в соответствующих нормативных документах (Порядок или клинические рекомендации).

Оперативное вмешательство может иметь положительные последствия для здоровья пациентки в виде излечения основного заболевания. Однако, проведение оперативного вмешательства не гарантирует улучшение состояния здоровья, даже если оперативное вмешательство выполнено в полном объеме и в соответствии со стандартами качества оказания медицинской помощи. В ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания. После проведения оперативного вмешательства некоторые симптомы и жалобы, предъявляемые пациентом до операции, могут сохраняться.

В ходе большинства хирургических вмешательств применяется **анестезия** (обезболивание), вид которой определяется врачом-анестезиологом после консультации пациентки. В редких случаях в ходе манипуляции возникает ситуация, требующая в интересах здоровья пациентки изменить метод анестезии и/или прочие дополнительные действия методами интенсивной терапии (интубация трахеи, постановка зонда в желудок, кишечник, катетеризация мочевого пузыря, пункция и катетеризация вен (периферической, подключичной, яремной, бедренной), артерий (лучевой, бедренной, легочной), пространств (эпидурального, субарахноидального). За 6 часов до применения анестезии запрещен прием пищи и жидкости, нарушение данного требования может повлечь опасные для здоровья последствия. В течение 24 часов после применения анестезии запрещено управление транспортным средством.

Объем хирургического вмешательства, проводимого во время операции, зависит от предоперационного диагноза. Однако, он может быть расширен при выявлении еще какой-либо патологии, требующей лечения и недиагностированной перед операцией (например, удаление миоматозных узлов, очагов эндометриоза, кист яичников, маточных труб и другой патологии).

Возможные осложнения хирургического лечения при заболеваниях органов малого таза:

- кровотечение во время операции, что может повлечь за собой проведение переливания крови, особенно при систематическом приеме препаратов для разжижения крови, таких как варфарин, аспирин, клопидогрель (плавикс) и другие;
- возникновение гиповентиляции в некоторых участках легких, что может привести к развитию вторичной легочной инфекции, требующей проведения антибактериальной терапии;
- сердечно-сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоз сосудов нижних конечностей, тромбоз легочной артерии;
- повреждения смежных органов: кишечника, что также может потребовать проведение оперативного вмешательства с возможным установлением временной или постоянной колостомы;
- повреждение мочевыводящих путей: мочеточников (полых органов, соединяющих почки и мочевой пузырь), мочевого пузыря, что также может потребовать проведения оперативного вмешательства вплоть до пластики мочеточников, установку стентов (специальных проводящих трубок) в мочеточник с извлечением в последующем через 6 недель под контролем цистоскопии, пластика стенок мочевого пузыря. Пластические операции на мочевом пузыре (мочеточнике) могут потребовать более длительного ношения мочевого катетера, а также более длительной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде;
- повреждения смежных органов могут быть диагностированы не сразу, позднее уже после выполнения оперативного вмешательства;
- инфекционные осложнения, требующие в дальнейшем проведение антибактериальной терапии и более длительного нахождения в стационаре;
- парез (слабость) кишечника в послеоперационном периоде;
- боли внизу живота, которые могут продолжаться в течение нескольких недель после операции;
- затруднения мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде, что может потребовать установку и более длительное использование мочевого катетера;
- образование спаечного процесса после операции;
- образование гематомы (скопление крови) в области оперативного вмешательства;

- развитие аллергической реакции;
- возможность летального исхода крайне мала;
- возможны и иные нежелательные последствия, связанные с индивидуальными особенностями организма или другими причинами, которые в настоящее время не описаны. В этом случае необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

Следует учитывать, что риск возникновения инфекционных, сердечно-сосудистых, тромбозмболических осложнений увеличивается у курящих пациенток, а также пациенток с ожирением. Минимум за 5 дней до операции необходимо отменить прием гормональной терапии, в состав которой входят препараты эстрогенов и/или гестагенов, например контрацептивы, менопаузальная (заместительная) гормональная терапия, препараты прогестерона, препараты, назначенные врачом для стимуляции овуляции с целью снижения риска тромбозмболических осложнений.

После операции при угрожающем жизни состоянии и невозможности провести обследования и оказания помощи на оборудовании клиники «Дельта фертилити клиник» может потребоваться перевод в другой стационар (например, при подозрении на тромбозмболию легочной артерии необходимо провести КТ грудной клиники для подтверждения/снятия данного диагноза или провести гемотрансфузию при массивном кровотечении). Решение о переводе в другой стационар может быть принято в процессе или после оперативного вмешательства оперирующем гинекологом или анестезиологом.

Сразу после операции возможно наличие болевого синдрома (болевые ощущения как в зоне послеоперационных ран, так и по всему животу, а также в области плеч, подреберьях), что может потребовать обезболивания вплоть до использования наркотических и сильнодействующих препаратов, кровянистые выделения из половых путей, сонливость, вялость, тошнота, возможно рвота, повышение температуры тела выше 37,5 градусов, жажда, дискомфорт, связанный с наличием мочевого катетера, дренажа (пластиковой трубки, установленной в брюшной полости, удаляемой, как правило, после операции).

После операции на коже, слизистых и внутренних органах остаются постоянные рубцы (их качество не может быть в полной мере предсказано до операции, так как процессы формирования рубцов имеют индивидуальный характер), возможны гематомы. В ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания.

В большинстве случаев после выписки из стационара, находясь дома, необходимо придерживаться следующих правил поведения:

- отсутствие половых контактов в течение 4-х недель;
- физический покой в течение 4-х недель (нагрузка не более 5 кг);
- исключение тепловых процедур, таких как ванны, сауны, бани, бассейны в течение 4-х недель;
- активный отдых, спорт, плавание, использование гигиенических тампонов не рекомендованы также в течение 4-5 недель после операции;
- в обязательном порядке необходимо ношение компрессионных чулок или эластичных бинтов в течение 14 дней после операции, как профилактика тромбозмболических осложнений.

После операции необходим контрольный осмотр и явка за ответом гистологического исследования послеоперационного материала после операции (через 7-10 дней). Как правило, после снятия послеоперационных швов обработка ран не требуется, если нет видимых признаков воспаления (при их наличии лечащий врач предупредит при процедуре снятия швов).

В течение 2-х недель после оперативного лечения могут сохраняться кровянистые выделения из половых путей в скудном либо умеренном количестве.

Следует немедленно обратиться к врачу:

- при появлении более обильных кровянистых выделений из половых путей;
- при повышении температуры тела выше 37,5 градусов;
- если болевой синдром в области послеоперационных ран и в области живота будет сохраняться более 14-21 дня после операции, боль будет усиливаться, не будет эффекта от обезболивающих препаратов.

### **Виды хирургических вмешательств при лечении органов малого таза.**

#### **Операции на вульве.**

При наличии показаний возможно проведение операций на вульве, которые могут включать удаление кисты бартолиновой железы, резекцию малых и/или больших половых губ, хирургическую дефлорацию (рассечение девственной плевы) и хирургическое восстановление девственной плевы.

Киста бартолиновой железы — это образование с наличием секрета внутри, расположенное в области преддверия влагалища. Возникает в связи с нарушением оттока секрета из полости железы.

Абсцесс бартолиновой железы - гнойное воспаление бартолиновой железы микробного происхождения. Может сопровождаться повышением температуры тела, интоксикацией и ухудшением самочувствия. В области абсцесса возникает чувство распирания и резкая пульсирующая боль, которая усиливается при движении.

Хирургическое лечение рекомендуется проводить всем пациенткам с кистой или абсцессом бартолиновой железы.

Объем оперативного лечения:

- вскрытие и дренирование абсцесса;
- рассечение и дренирование кисты бартолиновой железы;
- установка катетера для бартолиновых желез;
- марсупиализация - суть операции заключается во вскрытии полости кисты, иссечении и подшивании капсулы кисты к краям раны;
- энуклеация (вылущивание) кисты бартолиновой желез.

Как правило, данные операции проводятся в условиях дневного стационара, с использованием местной, проводниковой или общей анестезии. Осложнения и риски оперативных вмешательств на вульве изложены выше.

#### **Операции на шейке матки: эксцизия / конизация шейки матки, выскабливание стенок цервикального канала.**

В случае выявления тяжелых поражений шейки может быть принято решение о проведении лечебных мероприятий, в виде эксцизии (удаление патологических участков на шейке матки с использованием электрохирургической петли) или конизации шейки матки (хирургический метод лечения, позволяющий иссечь наружную поверхность шейки матки и участок цервикального канала).

Петлевая эксцизия шейки матки (LEEP, loop electrosurgical excision procedure) – это метод иссечения аномальной ткани тонкими проволочными петлями различных размеров и форм с захватом части цервикального канала. Включает в себя большую петлевую эксцизию зоны трансформации (LLETZ, large loop excision of the transformation zone, процедура петлевой электрохирургической эксцизии полукруглой петлей с небольшой частью цервикального канала) и электрорадиохирургическую высокочастотную конизацию шейки матки (ЭХВЧ-конизацию – удаление аномальной зоны трансформации с более глубоким (1,5 см и более) иссечением эндоцервикальных крипт проволочным электродом в форме паруса).

Как правило, данные операции проводятся в условиях дневного стационара, с использованием местной, проводниковой или общей анестезии. Осложнения и риски оперативных вмешательств на шейке матки изложены выше.

#### **Операции на органах малого таза (например, шейке матки, матке, маточных трубах, яичниках) могут проводиться с использованием 4 видов доступа: гистероскопии, лапароскопии, лапаротомии или влагалищного доступа.**

##### **Гистероскопия.**

Гистероскопия – это малоинвазивный метод визуального осмотра полости матки и состояния ее внутренней поверхности, а также удаления новообразований при помощи оптической системы - гистероскопа (гистерорезектоскопа). В случае выявления патологии полости матки, требующей оперативного лечения, под визуальным контролем проводятся хирургические вмешательства, в том числе удаление субмукозных миом, полипов, прижигание внутренних эндометриоидных очагов, разделения фиброзных синехий (спаек), катетеризация маточных труб, иссечение внутриматочной перегородки и т. д. Хирургическое вмешательство в данном случае называется гистерорезектоскопией. Также во время гистероскопии может проводиться вакуум-аспирация или выскабливание стенок полости матки (кюретаж) и цервикального канала.

Помимо перечисленных выше, к осложнениям гистероскопии относятся: перфорация стенки матки, разрыв шейки матки.

После процедуры возможны болезненность и спазмы в области малого таза, мажущие кровянистые выделения из влагалища из-за расширения шейки матки. Эти симптомы проходят за пару дней и, как правило, не опасны.

После проведения гистероскопии необходимо воздержаться от половых контактов: при диагностической процедуре – до 3-5 дней, при одновременном проведении лечебных манипуляций - до 2-3 недель.

##### **Лапароскопия.**

Лапароскопия – это малоинвазивный метод доступа для проведения осмотра полости малого таза и брюшной полости при помощи оптической системы – лапароскопа. При наличии показаний во время лапароскопии возможно проведение хирургического лечения. При проведении лапароскопии выполняются 3-4 небольших разреза на передней брюшной стенке длиной не более 2 см, через которые вводятся лапароскоп и специальные хирургические лапароскопические инструменты.

Осложнения, характерные для проведения лапароскопии, перечислены выше. При возникновении технических трудностей во время проведения лапароскопии, либо осложнений во время операции, возможен переход на лапаротомию.

Лапароскопия проводится в стационаре, в условиях круглосуточного наблюдения. В день операции пациентка может подниматься с постели и ходить, пить небольшое количество воды, но не рекомендуется есть, нельзя самостоятельно удалять дренажи и катетеры, не подниматься с постели, если есть указания лечащего врача, либо анестезиолога, не покидать пределы гинекологического отделения. На следующий день после операции при хорошем самочувствии можно подниматься и ходить по отделению, пить достаточное количество воды, употреблять в пищу продукты, разрешенные послеоперационной диетой (жидкий стол: кефиры, ряженки, творожки, манная каша, некрепкие бульоны, не рекомендуется употреблять сырые фрукты, овощи, шоколад, кофе,

хлебобулочные изделия), катетер и дренаж будут удалены по согласованию с лечащим врачом, также не рекомендуется покидать пределы стационара без согласования с лечащим врачом. Болевой синдром, тошнота, вялость, сонливость, слабость, незначительные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела, кровоточивость в области послеоперационных ран также могут сохраняться на следующий день после операции.

#### **Лапаротомия.**

Существует альтернативный хирургический доступ: лапаротомия, который представляет собой оперативное вмешательство с выполнением кожного надреза, длиной 8-20 см. Данный вид оперативного вмешательства может привести к более обильной кровопотере во время операции, удлинению периода реабилитации после операции, усилению болевого синдрома в послеоперационном периоде, а также необходимость ношения послеоперационного бандажа, исключение физических нагрузок до 6 недель после операции, наличие послеоперационного рубца на коже передней брюшной стенки. При возникновении технических трудностей во время проведения лапароскопии, либо осложнений во время операции, возможен переход на лапаротомию.

#### **Влагалищный доступ.**

Ряд операций проводят с помощью влагалищного доступа. В данном случае все манипуляции и этапы хирургического лечения проводится через влагалище, без надрезов на передней брюшной стенке.

Для использования влагалищного доступа необходим ряд условий: достаточная емкость влагалища и подвижность матки; нередко проводится в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями при опущении, а также при стрессовом недержании мочи.

Кроме вышеперечисленных, к возможным осложнениям при влагалищном доступе хирургического лечения относятся:

- формирование свища – соединяющего отверстия между влагалищем и смежными органами – пузырно-влагалищный свищ, кишечно-влагалищный свищ;
- возникновение рецидива опущения органов малого таза (выпадение культи влагалища);
- боли при половом контакте, сужение, уменьшение влагалища;
- затруднения мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде, что может потребовать установку и более длительное использование мочевого катетера;
- развития недержания мочи *de novo*;
- рецидив недержания мочи;
- отсутствие эффекта от оперативного вмешательства по поводу коррекции недержания мочи;
- развитие эрозии сетчатого импланта.

Объем хирургического лечения, проводимого во время операции, зависит от предоперационного (установленного ДО операции) и интраоперационного (установленного ВО ВРЕМЯ операции) диагнозов.

#### **Полип эндометрия.**

Полипы эндометрия – разрастания слизистой оболочки полости матки, по форме напоминающие каплю или грибок. Полипы могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 сантиметров и находиться в полости матки по одному, или несколько одновременно.

Полипы могут проявляться обильными или длительными менструациями, а также кровянистыми выделениями, возникающими не зависимо от дня цикла, но зачастую полипы остаются бессимптомными и являются случайной находкой на ультразвуковом исследовании органов малого таза (УЗИ). Кроме того, полипы эндометрия мешают наступлению беременности. В подавляющем большинстве случаев полипы являются доброкачественным заболеванием. Риск выявления атипических или раковых клеток в полипах увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе, и составляет от 0,3 до 5,4%.

Медикаментозных методов лечения полипов эндометрия на данный момент не существует. Удаление полипов эндометрия проводится под наркозом, чаще всего внутривенным, и занимает около 15-20 минут. Удаление полипов возможно несколькими техниками: с помощью электрической петли, которая называется гистерорезектоскоп, или неэлектрическими инструментами. Гистерорезектоскопия является более эффективным способом лечения полипов больших размеров, а также снижает частоту рецидивов, которая в среднем составляет от 10 до 20%. Нет убедительных данных, что препараты прогестерона или гормональные пероральные контрацептивы снижают частоту рецидивов. Если женщина не могла завести ребенка, после удаления полипа можно планировать беременность в следующем менструальном цикле.

#### **Миома матки.**

Миома матки — одна из самых распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов. Течение миомы матки может быть бессимптомным и не вызывать жалоб. При симптомном течении заболевания первыми признаками миомы могут быть боли внизу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функций соседних органов, например — учащенное мочеиспускание. Для того, чтобы определить количество узлов, их размеры, расположение и т. д., необходимы специальные исследования: УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза. Иногда при нетипичном расположении миомы результаты УЗИ могут быть недостоверными.

Бессимптомные миомы матки небольших размеров подлежат диспансерному наблюдению. При наличии симптомов заболевания можно проводить медикаментозную терапию (для купирования симптомов). У пациенток, планирующих реализацию репродуктивной функции, возможно проведение реконструктивно-пластических операций.

Объем оперативного лечения: миомэктомия (удаление миоматозного узла / узлов), гистерэктомия (удаление матки). Следует учитывать, что проведение органосохраняющих операций чревато рецидивированием заболевания. В связи с этим рекомендовано проведение гистерэктомии пациенткам с миомой матки при наличии показаний к операции и отсутствии репродуктивных планов.

Показаниями для оперативного вмешательства являются:

- аномальные маточные кровотечения, приводящие к анемии;
- хроническая тазовая боль, снижающая качество жизни;
- симптомы сдавления смежных органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники);
- большой размер опухоли (более 12 недель беременности);
- быстрый рост опухоли (увеличение матки более чем на 4 недели беременности в течение 1 года);
- рост опухоли в постменопаузе;
- подслизистое расположение узла миомы;
- межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение узлов миомы;
- нарушение репродуктивной функции (невывнашивание беременности, бесплодие при отсутствии других причин);
- признаки нарушения кровообращения в узлах миомы матки (некроз, отек, гиалиноз).

Удаление миоматозного узла / матки может проводиться гистероскопическим, лапароскопическим, лапаротомным или влагалищным доступом в зависимости от клинической ситуации. При проведении лапароскопии извлечение препарата (миоматозных узлов) проводится различными способами: через разрез во влагалище, не делая дополнительных надрезов на передней брюшной стенке, либо с использованием морцелляции, а также с выполнением разреза на передней брюшной стенке, длиной не более 8 см (мини-лапаротомия). Морцелляция – это процесс измельчения ткани с использованием специального устройства – электромеханического морцеллятора, который позволяет удалять достаточно большие фрагменты тканей без дополнительных надрезов. При удалении препарата методом морцелляции существует риск, связанный с невозможностью полного исключения онкологического заболевания современными предоперационными и интраоперационными методами диагностики (риск менее 3% случаев). Применение морцелляции в недиагностированных до операции случаях злокачественного заболевания может привести к ухудшению прогноза болезни. После проведения основных этапов операции в ряде случаев могут использоваться противоспаечные барьеры, которые будут установлены на область удаленного миоматозного узла (миоматозных узлов).

После оперативного вмешательства пациентке рекомендована контрацепция (отсутствие беременности) в течение 6-12-24 месяцев в зависимости от объема оперативного лечения, при показаниях – родоразрешение только путем операции кесарево сечение.

### **Эндометриоз.**

Эндометриоз — это заболевание, когда ткань, сходная по строению с внутренней оболочкой матки (эндометрием), встречается в других местах, обычно в области таза, вокруг матки, в яичниках.

Эндометриоз — это хроническое заболевание, которое может влиять на физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие женщины. Наиболее частые симптомы эндометриоза: тазовая боль, болезненные, иногда нерегулярные или обильные менструации. Возможна боль во время или после полового контакта и нарушение детородной функции (бесплодие).

Варианты лечения включают обезболивающие нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны и / или хирургическое вмешательство. Выбор метода лечения эндометриоза зависит от клинической ситуации, репродуктивных планов пациентки, а также предыдущего опыта лечения.

Очаги (гетеротопии) могут располагаться на тазовой брюшине, крестцово-маточных связках, в ректо-вагинальном пространстве (пространство между задней стенкой влагалища и прямой кишкой), в параректальном пространстве (пространство, окружающие боковые поверхности прямой кишки), на прямой кишке, сигмовидной кишке, мочеточниках (трубчатые структуры, соединяющие почки с мочевым пузырем), аппендиксе, мочевом пузыре, яичниках, маточных трубах, задней стенке влагалища, нервных путях и сплетениях малого таза. Хирургическое лечение эндометриоза предполагает максимально полное удаление всех видимых очагов эндометриоза, соответственно объем оперативного лечения при эндометриозе зависит от локализации и распространенности заболевания.

Хирургическое удаление гетеротопий не означает полного излечения, после операции может потребоваться гормональное лечение для купирования болевого синдрома и/или профилактики рецидивов заболевания.

Хирургическое вмешательство наиболее часто проводится лапароскопическим доступом, однако при тяжелых формах заболевания возможно проведение операции лапаротомным доступом.

Формирование эндометриозных кист яичников - одно из наиболее частых проявлений эндометриоза. Как правило, при наличии эндометриомы проводится энуклеация стенки эндометриозной кисты после ее опорожнения и промывания полости для полного удаления патологического процесса (цистэктомия). Удаление эндометриом яичника всегда сопряжено с травмой для яичниковой ткани: даже самое аккуратное и бережное выделение капсулы кисты неизбежно приводит к потере небольшого объема яичниковой ткани. Вместе с яичниковой тканью теряется часть яйцеклеток, которые в ней заключены. Это приводит к снижению овариального резерва - общего количества яйцеклеток. Риск значительной утраты овариального резерва возрастает при больших размерах эндометриомы, множественных эндометриомах, двусторонних эндометриомах, повторных хирургических вмешательствах на яичниках. Снижение овариального резерва может привести к необходимости применения вспомогательных методов репродукции для достижения беременности, включая использование донорских яйцеклеток. После проведения основных этапов операции в ряде случаев может использоваться противоспаечные барьеры.

Удаление яичника (овариоэктомия) или придатков (яичника и маточной трубы – аднексэктомия) проводится при невозможности сохранить ткань яичника / маточную трубу. При удалении обоих яичников или единственного яичника возможно развитие климактерических симптомов («приливы», бессонница, раздражительность и другие), остеопороза, увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний и других неблагоприятных последствий климактерического синдрома в позднем послеоперационном периоде, из-за которых может потребоваться прием менопаузальной (заместительной) гормональной терапии.

#### **Киста яичника.**

При наличии кист яичника, требующих оперативного лечения, проводится удаление кисты (цистэктомия) или удаление яичника (овариоэктомия). Как правило, операция проводится лапароскопическим доступом.

Удаление кист яичника всегда сопряжено с травмой для яичниковой ткани: даже самое аккуратное и бережное выделение капсулы кисты неизбежно приводит к потере небольшого объема яичниковой ткани. Вместе с яичниковой тканью теряется часть яйцеклеток, которые в ней заключены. Это приводит к снижению овариального резерва - общего количества яйцеклеток. Риск значительной утраты овариального резерва возрастает при больших размерах кисты, множественных кистах, двусторонних кистах, повторных хирургических вмешательствах на яичниках. Снижение овариального резерва может привести к необходимости применения вспомогательных методов репродукции для достижения беременности, включая использование донорских яйцеклеток. После проведения основных этапов операции в ряде случаев может использоваться противоспаечные барьеры.

Удаление яичника (овариоэктомия) или придатков (яичника и маточной трубы – аднексэктомия) проводится при невозможности сохранить ткань яичника / маточную трубу. При удалении обоих яичников или единственного яичника возможно развитие климактерических симптомов («приливы», бессонница, раздражительность и другие), остеопороза, увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний и других неблагоприятных последствий климактерического синдрома в позднем послеоперационном периоде, из-за которых может потребоваться прием менопаузальной (заместительной) гормональной терапии.

#### **Внематочная беременность.**

Внематочная беременность — это патологическое состояние беременности, при котором оплодотворенная яйцеклетка закрепляется вне полости матки. Эктопическая беременность относится к категории повышенного риска для здоровья женщины, без оказания врачебной помощи она может привести к смертельному исходу.

При малейшем подозрении на возникновение внематочной беременности, требуется срочное обращение в гинекологическое отделение.

В случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения внематочная беременность может представлять опасность и для жизни женщины. Кроме того, внематочная беременность может привести к бесплодию. У каждой 4-й пациентки развивается повторная внематочная беременность, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс в малом тазу, а у 3/4 женщин после оперативного лечения возникает вторичное бесплодие.

Наиболее часто внематочная беременность локализуется в маточной трубе (трубная беременность).

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. Рекомендуется проведение хирургического лечения трубной беременности лапароскопическим или лапаротомным доступами для достижения излечения.

Объем операции при трубной беременности: удаление маточной трубы (сальпингэктомия) или сальпинготомия с удалением плодного яйца. Выбор метода производится в зависимости от клинической ситуации, визуальной оценки степени разрушения трубы, состояния второй маточной трубы и репродуктивных планов пациентки. При наличии здоровой контралатеральной маточной трубы предпочтительнее выполнять сальпингэктомию.

Показания к сальпингэктомии (удалению маточной трубы): 1) нарушенная трубная беременность; 2) повторная трубная беременность в уже ранее оперированной маточной трубе; 3) основной метод лечения при прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000-5000 МЕ\л. При удалении обеих маточных труб самостоятельная беременность невозможна; беременность возможна только посредством применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения).

Возможно проведение сальпинготомии (удаления плодного яйца с сохранением маточной трубы) при условиях: 1) отсутствии разрыва стенки плодместилища, 2) отсутствии геморрагического шока, 3) необходимости сохранения репродуктивной функции, 4) у пациенток с бесплодием в анамнезе, трубно-перитонеальным фактором риска репродуктивных нарушений (внематочная беременность, отсутствие или заболевание контралатеральной маточной трубы, предыдущие операции на органах брюшной полости, воспалительные заболевания тазовых органов в анамнезе) в сочетании с желанием сохранения репродуктивной функции.

После проведения сальпинготомии требуется проведение динамического контроля (исследование количественного бета-ХГЧ в крови, УЗИ органов малого таза), в связи с возможным прогрессированием беременности, развитием внутрибрюшного кровотечения, а также повторной внематочной беременностью в сохраненной трубе.

При беременности в рубце на матке могут быть выполнены как органосохраняющая (гистерорезектоскопия, удаление плодного яйца, при выраженных деструктивных изменениях стенки матки в области рубца показана метропластика (при необходимости сохранения фертильности), так и органосохраняющая операция – гистерэктомия (при незаинтересованности в дальнейших беременностях). В послеоперационном периоде необходим мониторинг уровня хорионического гонадотропина в крови (в случае органосохраняющих операций). Выбор метода лечения зависит от сроков беременности, гемодинамической стабильности, состояния рубца и стенки матки, возраста пациентки.

Рекомендуется удаление рудиментарного рога или клиновидная резекция угла матки при беременности в рудиментарном роге лапаротомным или лапароскопическим доступами с последующей реконструкцией матки с целью сохранения репродуктивной функции.

Рекомендуется резекция яичника и/или овариоэктомия и/или аднексэктомия при яичниковой беременности (в зависимости от локализации и степени деструктивных изменений) лапаротомным или лапароскопическим доступами с лечебной целью.

Рекомендуется резекция органа, в который имплантировалась беременность, в зависимости от срока абдоминальной беременности и размеров плодного яйца, при беременности большого срока – абдоминальное родоразрешение с перевязкой пуповины поблизости от плаценты с целью профилактики кровотечения.

В ряде случаев при необходимости сохранить репродуктивную функцию, как метод лечения интерстициальной беременности может быть рассмотрен вопрос о гистеротомии (лапаротомным или лапароскопическим доступами) с удалением плодместилища (в т.ч. кюретаж, вакуум-эвакуация) с послеоперационным исследованием уровня бета-ХГЧ крови в динамике.

### **Воспалительные заболевания маточных труб (гидросальпинкс / сактосальпинкс / гематосальпинкс / пиосальпинкс).**

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - это группа воспалительных заболеваний органов верхних отделов женского репродуктивного тракта. ВЗОМТ развиваются в результате проникновения инфекции из влагалища и шейки матки в полость матки, яичники или маточные (фаллопиевы) трубы.

К возбудителям ВЗОМТ относят гонококки, хламидии, а также при снижении иммунитета - условно-патогенные микробы. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию устойчивости к антибиотикам, что обуславливает сложность лечения этой группы заболеваний. При отсутствии своевременной диагностики и лечения могут развиваться долгосрочные последствия ВЗОМТ, такие как бесплодие, невынашивание беременности, спаечный процесс, хроническая тазовая боль, внематочная беременность.

Хирургическая тактика ведения пациенток с воспалительными заболеваниями маточных труб, выбор объема и доступа оперативного вмешательства зависят от возраста, реализации репродуктивной функции, тяжести течения воспалительного процесса, наличия осложнений.

Основными показания к хирургическим методам лечения относятся:

- наличие гнойного тубоовариального образования;
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии;
- планирование использования вспомогательных репродуктивных технологий при наличии гидросальпинкса / сактосальпинкса / гематосальпинкса / пиосальпинкса.

Удаление маточной трубы (тубэктомия) проводится при наличии патологии, не поддающейся хирургической коррекции. Тубэктомия выполняется с одной стороны при наличии неизменной проходимой маточной трубы с противоположной стороны, либо с обеих сторон при наличии показаний. При удалении обеих маточных труб самостоятельная беременность невозможна; беременность возможна только посредством применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения).

### **Опущение и выпадение органов малого таза.**

Опущение и выпадение органов малого таза - заболевание, при котором нарушается размещение матки и стенок влагалища и наблюдается перемещение половых органов к влагалищному входу или они выпадают за его пределы.

Опущение и выпадение матки и других органов или пролапс является прогрессирующим заболеванием, но изначально протекает довольно медленно и без ярко выраженных симптомов, поэтому его замечают на более поздних стадиях. Основными жалобами, приводящими женщину к врачу-акушеру-гинекологу при опущении стенок влагалища и выпадении матки различной степени, являются: дискомфорт при ходьбе, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, нарушение стула.

Радикальный и наиболее эффективный метод лечения опущения стенок влагалища и выпадения матки – хирургическое вмешательство.

При пролапсе тазовых органов проводится манчестерская операция с цистуретролеваторопластикой - удаление части шейки матки через влагалище с коррекцией выпадения органов малого таза и пластикой передней и задней стенок влагалища собственными тканями. Объем операции может быть расширен при выпадении матки во влагалище до вагинального удаления матки, которое заключается в выполнении гистерэктомии без надрезов на передней брюшной стенке, все этапы операции проводятся через влагалище.

При сложном анатомическом расположении придатков матки, наличии спаечного процесса в малом тазу, объем операции может быть расширен до выполнения лапароскопического этапа удаления придатков матки. После операции возможен рецидив выпадения культи влагалища, недержания мочи (при наличии).

Вагинальная гистерэктомия с маточными трубами - удаление матки с шейкой и маточными трубами через влагалище (яичниками при необходимости), а также при необходимости - кольпоперинеолеваторопластика (пластика передней и задней стенок влагалища собственными тканями, установка сетчатого импланта (трансобтураторный слинг проленовой лентой – TOT) для коррекции несостоятельности мышц тазового дна и стрессового недержания мочи (при наличии).

По имеющимся стандартам оказания медицинской помощи, при удалении матки пациентке в возрасте 50 лет и старше, показано удаление придатков матки с целью профилактики опухолевого поражения яичников и маточных труб. Операция – вагинальное удаление матки с маточными трубами (яичниками при необходимости) заключается в выполнении гистерэктомии без надрезов на передней брюшной стенке, все этапы операции проводятся через влагалище.

При сложном анатомическом расположении придатков матки, наличии спаечного процесса в малом тазу, объем операции может быть расширен до выполнения лапароскопического этапа удаления придатков матки.

При наличии несостоятельности мышц тазового дна (полного/неполного выпадения матки) после выполнения удаления матки будет произведен следующий этап операции: коррекция выпадения органов малого таза при помощи пластики стенок влагалища за счет собственных тканей. Также при наличии стрессового недержания мочи следующим этапом проведение операции: установка сетчатого импланта (трансбутаорный слинг проленовой лентой – TOT). Лечащим врачом я предупреждена о возможном рецидиве выпадения культи влагалища, недержания мочи (при наличии) после операции.

Возможные осложнения:

- При удалении яичников возможно развитие климактерических симптомов («приливы», бессонница, раздражительность и другие), остеопороза, увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний и других неблагоприятных последствий климактерического синдрома в позднем послеоперационном периоде, из-за которых может потребоваться прием менопаузальной (заместительной) гормональной терапии.

**Медицинская стерилизация** женщины представляет собой медицинское вмешательство, применяемое в целях лишения женщины способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции.

Медицинская стерилизация проводится только по письменному заявлению пациентки в возрасте старше тридцати пяти лет или пациентки, имеющей не менее двух детей.

При наличии медицинских показаний, утв. Приказом Минздрава РФ от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации», и оформления пациенткой информированного добровольного согласия вмешательство проводится независимо от возраста пациентки и наличия у нее детей.

Противопоказаниями к стерилизации женщин являются беременность, активный воспалительный процесс органов малого таза, инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, заболевания системы крови, сопровождающиеся повышенной склонностью к кровотечениям и общее тяжелое состояние, исключающее любое оперативное вмешательство. При устранении, указанных состояний пациентке может быть выполнено запланированное вмешательство.

Стерилизация выполняется в условиях операционной с применением общей анестезии посредством лапароскопического, лапаротомического или кульдоскопического доступа.

При лапароскопическом доступе выполняются проколы передней брюшной стенки (как правило, в области пупка, над лобковой костью, справа и слева от нее), через которые вводятся инструменты для выполнения манипуляции. При кульдоскопическом доступе выполняются проколы задней стенки влагалища, через которые вводятся инструменты для выполнения манипуляции.

Также медицинская стерилизация может быть выполнена посредством традиционного чревосечения (рассечения передней брюшной стенки - лапаротомии).

Механизм стерилизации заключается в создании искусственной непроходимости фаллопиевых труб, обуславливающей невозможность оплодотворения яйцеклетки.

Методами медицинской стерилизации женщин являются перевязка маточных труб (лигирование с помощью шовного материала), пережимание маточных труб (при котором на маточные трубы накладывают зажимы), пересечение определенного участка маточных труб путем пережима специальными кольцами, зажимами, щипцами, клипсами с дальнейшим разводом концов маточных труб, иссечение маточных труб (безвозвратное удаление маточных труб), коагуляция («запаивание» участка трубы с помощью лазера или электрохирургического инструмента).

Операция стерилизации может быть проведена в следующие сроки: во второй фазе менструального цикла; спустя 6 недель после родов, во время гинекологической операции; непосредственно после неосложненного искусственного аборта; во время кесарева сечения или через 3-7 дней после родоразрешения через естественные родовые пути.

Стерилизация не нарушает гормональный баланс в организме женщины, не нарушает либидо (половое влечение), после стерилизации сохраняется овуляция и, как правило, нормальный менструальный цикл, а также соматическое здоровье.

При выполнении стерилизации в момент проведения операции кесарева сечения или после родоразрешения через естественные родовые пути отрицательное влияние на течение послеродового периода и лактацию отсутствует.

Следует также помнить, что стерилизация не может предотвратить заражение женщины от инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции.

После проведения медицинской стерилизации:

1. Зачать ребенка естественным путем будет невозможно, поскольку вмешательство в объеме медицинской стерилизации женщины относится к фактически необратимому методу прекращения детородной функции.
2. Восстановление функции деторождения при манипуляциях перевязки, пересечения, рассечения, коагуляции маточных труб фактически невозможно, несмотря на современные достижения в области микрохирургии, допускающие возможность обратимости подобных вмешательств, поскольку успех восстановительной процедуры зависит от техники проведенной стерилизации, времени, которое прошло после ее проведения и иных факторов и не может быть гарантирован.
3. У женщины сохраняется способность к искусственному оплодотворению посредством вспомогательных репродуктивных технологий (методов лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).



4. Существует риск наступления внематочной беременности.