

*ТИПИЧНЫЕ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОПЕРАЦИИ*

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ,  
МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ  
К.М.Н. СМИРНОВА А.В.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

## По времени проведения операции:

- Плановые (согласно дню цикла и журналу плановой госпитализации)
- Срочные (в течение 2-3 дней после поступления)
- Экстренные (до 24 часов)

## По длительности и объему:

\*Малые (выскабливание полости матки, удаление полипа матки и цервикального канала, конизация шейки матки, удаление кисты бартолиновой железы и т.д.)

\*Большие (свыше 40 минут, гистерэктомия, аднексэктомия, тубэктомия и т.д.)

## По способу доступа:

- Лапаротомические (по Пфанненштилю, нижнесрединная лапаротомия)
- Лапароскопические
- Трансвагинальные (с и без сетчатого импланта)



# ВЫСКАБЛИВАНИЕ СТЕНОК ПОЛОСТИ МАТКИ

**Выскабливание стенок полости матки** — инструментальное удаление функционального слоя слизистой оболочки матки вместе с возможными патологическими образованиями. Процедуру производят как с лечебной, так и диагностической целью. По возможности выскабливание стенок полости матки следует производить под контролем гистероскопии.

## ПОКАЗАНИЯ

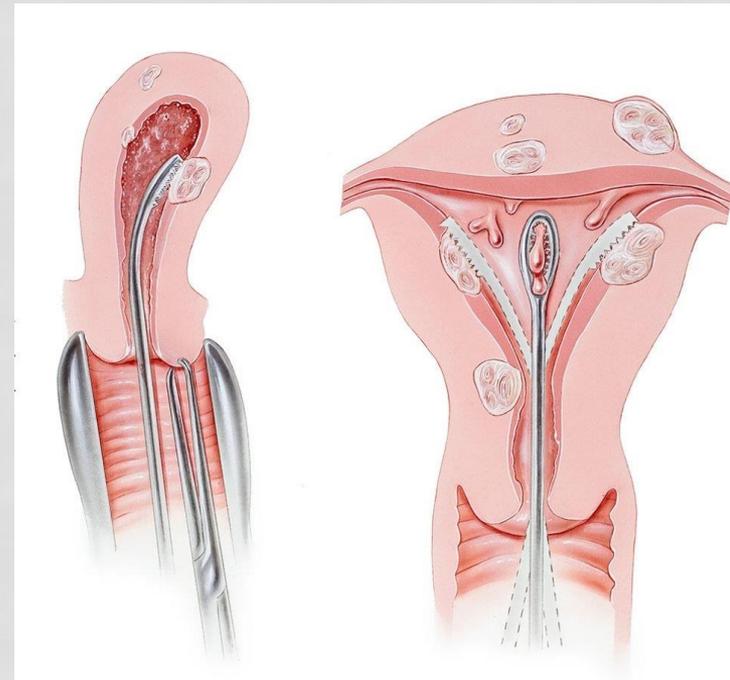
- маточные кровотечения
- подозрении на гиперпластический процесс или рак эндометрия,
- неполный аборт, плацентарный полип после аборта или родов.

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

острые воспалительные процессы половых органов

## МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Операцию выполняют под внутривенным наркозом или парацервикальной анестезией.



# ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Медицинский аборт** — искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.

## ПОКАЗАНИЯ

**По собственному желанию** женщины беременность прерывают на сроке до 12 нед

**По медицинским показаниям** прерывание беременности проводят вне зависимости от её срока в том случае, если беременность и роды способны ухудшить состояние здоровья женщины и угрожают её жизни, либо если обнаружены аномалии развития плода.

**По социальным показаниям** прерывание беременности осуществляют на сроке до 22 нед.

Постановлением

Правительства РФ от 11 августа 2003 г. составлен перечень социальных показаний к искусственному аборту

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Воспалительные процессы половых органов.
- Наличие гнойных очагов независимо от места их локализации.
- Острые инфекционные заболевания.
- Поздний срок беременности. В поздние сроки аборт противопоказан, если прерывание беременности в этот период более опасно для здоровья и жизни, чем продолжение беременности и роды.
- Срок менее 6 мес после предшествующего прерывания беременности.

# ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

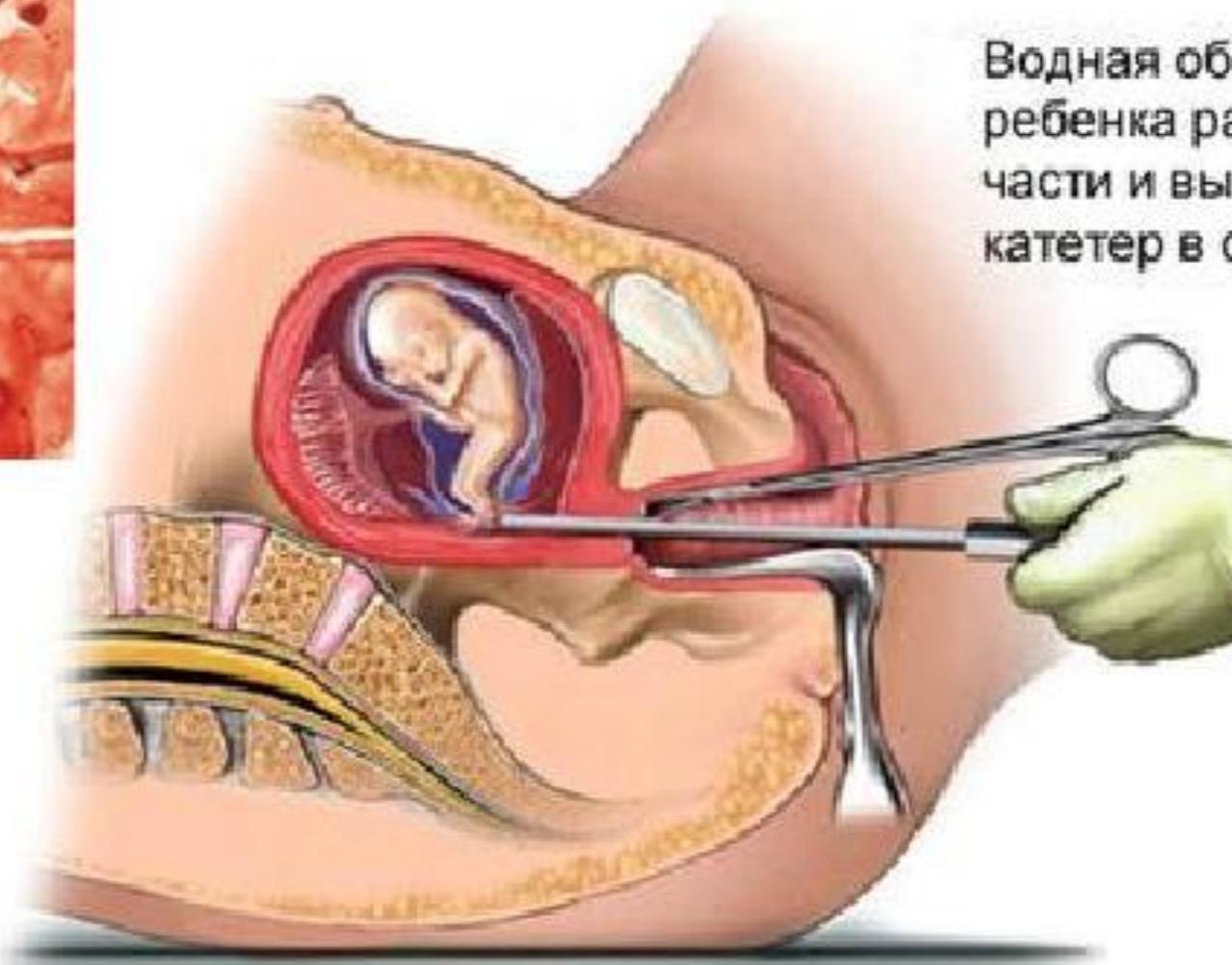
**Медицинский аборт** выполняют в малой операционной в положении женщины на гинекологическом кресле. Набор инструментов: *влагалищные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, комплект расширителей Гегара № 4–12, кюретки № 6, 4, 2, щипцы для удаления плодного яйца (абортцанг), пинцет (или корнцанг), стерильный материал.*

## **Последовательность действий при операции.**

1. Проводят двуручное влагалищно-абдоминальное исследование для определения величины матки, её положения в малом тазу и для исключения противопоказаний к операции.
2. Обрабатывают наружные половые органы, влагалище и шейку матки раствором антисептика.
3. Вводят зеркала во влагалище.
4. Берут шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу. Переднее зеркало удаляют, заднее передают ассистенту, сидящему слева. Для выпрямления шейного канала шейку подтягивают книзу и кзади (при положении матки в *anteflexio*) или кпереди (при положении матки в *retroflexio*).
5. Вводят в полость матки маточный зонд для уточнения положения матки и измерения длины её полости. Кривизна маточного зонда и глубина его введения определяют направление введения расширителей Гегара до № 11–12.
6. Вводят расширители Гегара последовательно несколько дальше внутреннего зева. Введение расширителей способствует растяжению мышцы шейки матки.  
Если возникает трудность при введении расширителя последующего номера, возвращаются к предыдущему, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и удерживают расширитель в шейке матки в течение некоторого времени.
7. Удаляют плодное яйцо с помощью кюреток и абортцанга. Абортцангом удаляют части плодного яйца. Выскабливание начинают тупой кюреткой № 6, затем по мере сокращения матки и уменьшения её размеров используют более острые кюретки меньшего размера. Кюретку осторожно вводят до дна матки и движениями по направлению к внутреннему зеву последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам отделяют плодное яйцо от его ложа.

После искусственного прерывания беременности женщин с резус-отрицательной кровью иммунизируют иммуноглобулином человека антирезус Rho (D).

# Выскабливание матки до 12 нед

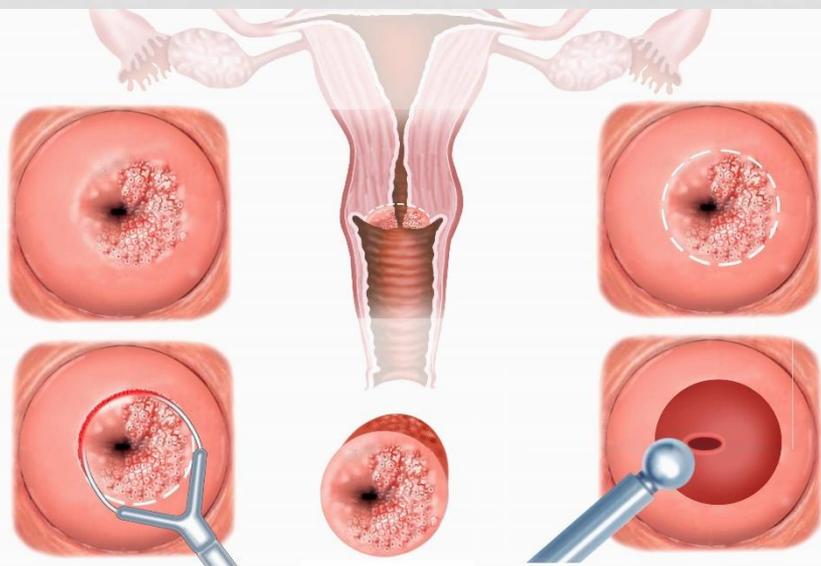


Водная об  
ребенка ра  
части и вы  
катетер в с

# ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

- - Абляция шейки матки
- - Петлевая электроэксцизия
- - Конизация шейки матки
- - Ампутация шейки матки

Выполняются преимущественно с помощью электрохирургии в связи с патологическими процессами ( полипы шейки матки, дисплазия, рубцовая деформация, элонгация и т.д.)



# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

## на придатках матки:

- цистэктомия
- аднексэктомия
- туботомия, тубэктомия
- Сальпингостомия
- Сальпингооовариолизис

## при эндометриозе:

- Деструкция и иссечение очагов эндометриоза
- Энуклеация эндометриомы
- Экстирпация матки

## При миоме матки:

- Миомэктомия
- Субтотальная гистерэктомия

## Диагностические

- ❖ Уточнение причин бесплодия
- ❖ При острой гинекологической патологии
- ❖ гемоперитонеуме

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Особенности расположения в глубине малого таза внутренних половых органов, прикрытых сверху сальником и кишечником, малая подвижность матки, не позволяющая вывести ее в брюшную рану, заставили хирургов искать наиболее удобного положения больной во время операции.

Таким явилось наклонное положение с приподнятым тазом и опущенным головным концом операционного стола

## **-положение Тренделенбурга.**

Благодаря такому положению при наклоне туловища под углом 30—45° и более по отношению к горизонтальной плоскости кишечные петли и сальник отходят в верхний отдел брюшной полости и органы таза становятся хорошо видимыми и доступными для хирургического вмешательства под контролем зрения.

Для того чтобы больная не соскальзывала в силу тяжести к головному концу операционного стола, ножной конец его отгибают на 45-50° и больную укладывают на столе с согнутыми в коленях ногами.



# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

- **ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОМ БЕСПЛОДИИ**

Решающую роль при проведении реконструктивно-пластических операций на маточных трубах отводят лапароскопии с хромосальпингоскопией.

Первую лапароскопическую операцию при трубном бесплодии выполнил в **1974 г. К. Semm**.

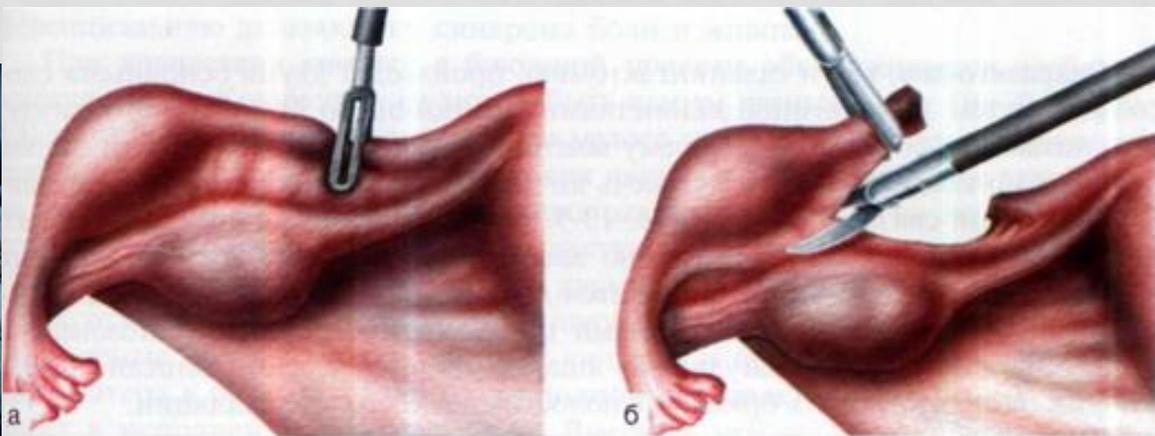
- Применение лапароскопии позволяет чётко и достоверно установить проходимость маточных труб, выявить локализацию и причину окклюзии труб, степень спаечного процесса в малом тазу и одновременно провести их коррекцию.

- **ПОКАЗАНИЯ**

При регулярном ритме менструаций лапароскопия показана всем пациенткам с бесплодием, так как у 70–85% из них выявляют органическую патологию половых органов. Женщинам с бесплодием, обусловленным эндокринными расстройствами (нарушения менструальной функции), лапароскопию рекомендуют после 1,5–2 лет безуспешной гормональной терапии.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

- Выраженный склеротический процесс в маточных трубах.
- Длина маточной трубы менее 4 см после ранее перенесённой операции.
- Короткие трубы с отсутствием ампулярного отдела или фимбрий в результате предшествующего оперативного вмешательства.
- Распространённый спаечный процесс (III–IV степени) как следствие рецидивирующего воспалительного заболевания тазовых органов.
- Туберкулёз маточных труб



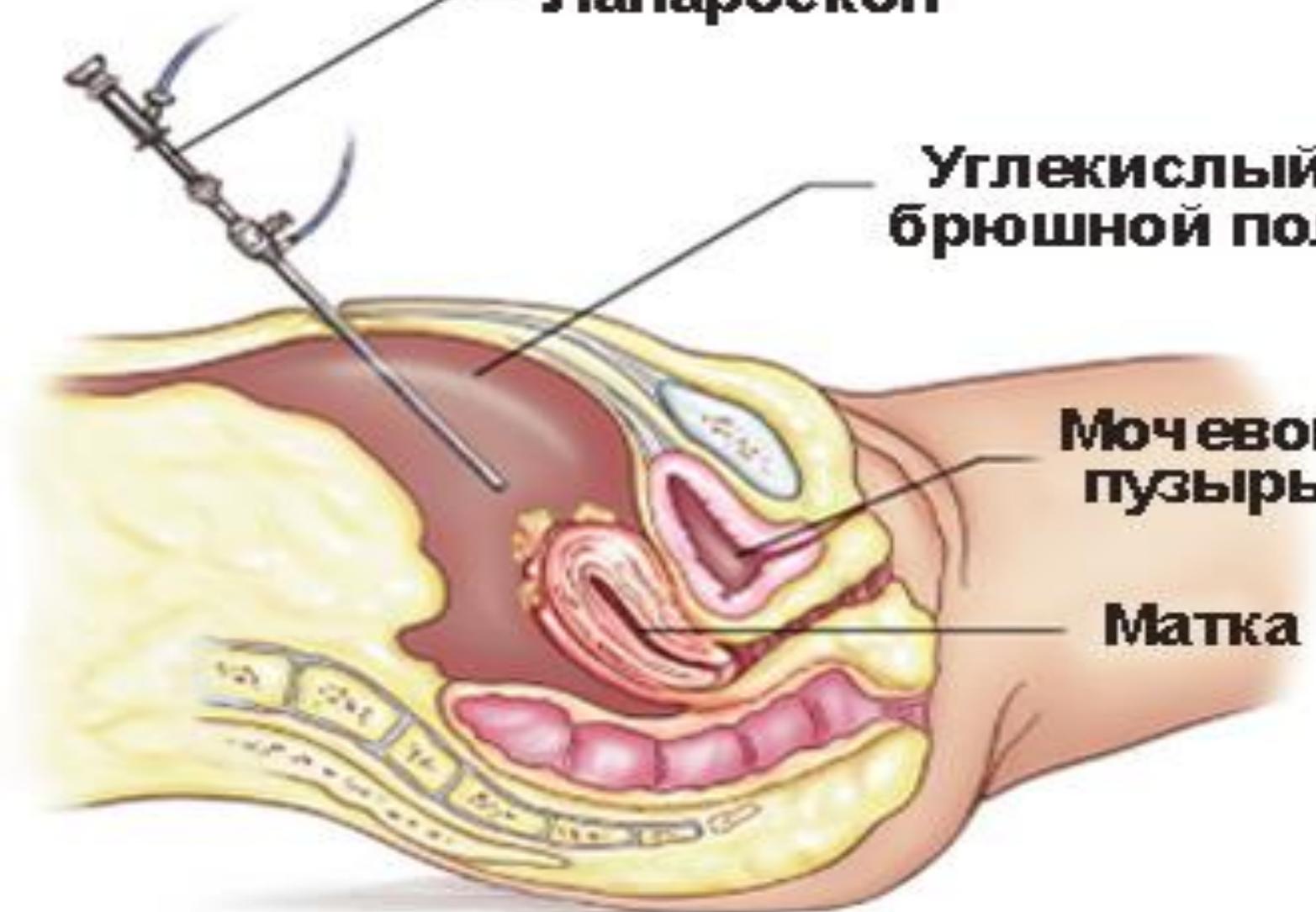
# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

**Лапароскоп**

**Углекислый газ в  
брюшной полости**

**Мочевой  
пузырь**

**Матка**



# ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

- ❖ отличается ранней активизацией пациенток. После всех лапароскопических операций пациенткам разрешают вставать в первые сутки после операции, тогда же разрешают приём жидкой пищи.
- ❖ Обезболивание наркотическими анальгетиками требуется только после сложных травматичных операций (гистерэктомия, сакровагинопексия, иссечение распространённых эндометриоидных инфильтратов) в первые 12 ч послеоперационного периода.
- ❖ После других лапароскопических операций назначают ненаркотические анальгетики в первые сутки после операции.
- ❖ Антибактериальную терапию назначают только с учетом показания к операции, длительности и травматичности перенесённого вмешательства.
- ❖ Ввиду высокого риска тромбэмболических осложнений после лапароскопической гистерэктомии обязательным считают проведение антикоагулянтной терапии (предпочтение отдают НМГ: надропарин кальция, эноксапарин натрия).
- ❖ Госпитальный период обычно длится от 2 до 7 сут в зависимости от объёма выполненной операции.
- ❖ Трудоспособность восстанавливается через 2–6 нед в зависимости от характера выполненной операции.

# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **Варианты операции:**

- - экстирпация матки без придатков;
  - экстирпация матки с придатками (*pangysterectomy*);
  - интрафасциальная экстирпация матки;
  - экстрафасциальная экстирпация матки;
  - расширенная экстирпация матки (операция Вертейма).

- **ПОКАЗАНИЯ**

Заболевания тела и шейки матки, требующие удаления матки.

- **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

В отсутствие экстренных показаний к оперативному вмешательству нельзя проводить операцию при любых острых воспалительных заболеваниях любой локализации (в том числе при ОРЗ, гриппе), при воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки.

- Для достижения компенсации или ремиссии патологического процесса при экстрагенитальной патологии необходима тщательная предоперационная подготовка.

# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

## • ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

- Плановые операции выполняются на 5-7 день цикла у менструирующих женщин
- необходимо провести стандартное общеклиническое обследование, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование (из цервикального канала и влагалищной части шейки матки) на наличие атипических клеток, обследование на наличие ИППП.
- При выявлении инфекции нужно провести соответствующее лечение, при выявлении анемии, ее коррекция.
- У пациенток с экстрагенитальной патологией должна быть достигнута медикаментозная коррекция или стойкая ремиссия
- Особое внимание следует уделять пациенткам из группы высокого риска возникновения тромбозных осложнений: в программу амбулаторной подготовки таких пациенток следует включать антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловую кислоту, другие НПВС, НМГ), использование компрессионного белья.
- При наличии показаний пациентку направляют на консультацию к сосудистому хирургу, проводят дуплексное ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей.

## • МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

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

# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ**

После того, как брюшная полость вскрыта соответствующим разрезом (по Пфаненштилю или нижнесрединная лапаротомия), проводят ревизию органов брюшной полости, уточняют диагноз и приступают к выполнению гистерэктомии.

- Для улучшения доступа целесообразно использовать ранорасширитель, петли кишечника отводить пелёнкой или салфеткой, смоченной тёплым изотоническим раствором хлорида натрия, придавать пациентке умеренное положение Тренделенбурга (при отсутствии противопоказаний).
- Матку в зависимости от её размеров и формы фиксируют штопором, зажимом Мюзо или прямыми длинными зажимами Кохера, наложенными на её рёбра.

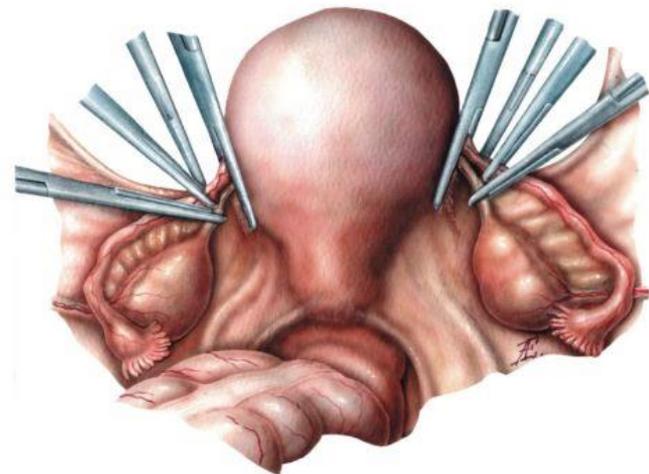
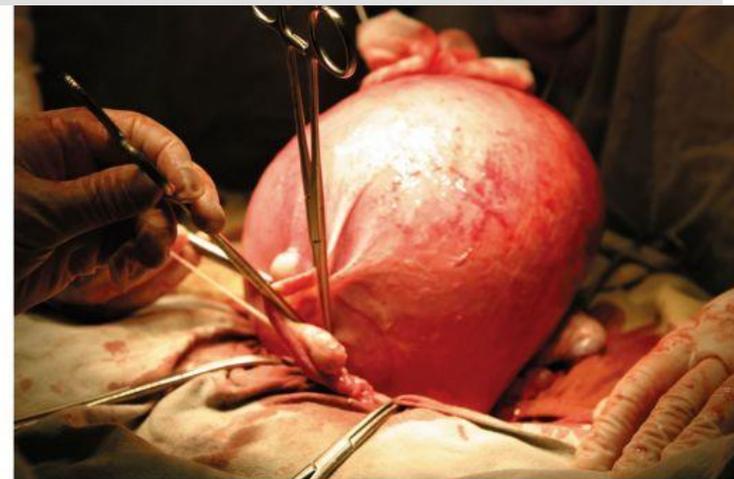
# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **1-й этап операции. Пересечение и перевязка круглых связок.** В стандартных случаях все манипуляции начинают справа. Матку отводят кзади и влево. Если позволяют анатомические особенности, на рёбра матки накладывают контрклепмы — длинные зажимы Микулича или Кохера, как можно ближе к ребру. Культю круглой связки лигируют с обязательным прошиванием «под носик» наложенного зажима (Микулича), провязывая её «с оборотом», нити не срезают и берут на «держалку» для облегчения проведения последующих этапов операции.
- **2-й этап операции. Мобилизация или удаление придатков (пересечение и перевязка маточного конца трубы и собственной связки яичников или подвешивающей связки яичника).** Матку отводят в сторону, противоположную зоне манипуляции. При оставлении придатков матки накладывают зажим Микулича на маточную трубу и собственную связку яичника («носик» зажима располагают в бессосудистом месте). Придатки отсекают от матки, прошивают «под носик» зажима и в области собственной связки яичника и надёжно перевязывают «с оборотом». **Шовный материал:** викрил, каппроаг, кетгут.
- Необходимо помнить, что перевязка подвешивающей связки яичника, маточных сосудов, любые манипуляции в параметрии всегда представляют опасность в связи с возможностью **травмирования мочеточника**. Перед тем, как пересечь подвешивающую связку яичника, нужно, как минимум, пальпаторно определить ход мочеточника.
- Для пальпаторного определения уровня расположения мочеточников используют следующий приём: большой палец правой руки располагают в параметрии, четыре остальных — на заднем листке широкой связки матки таким образом, чтобы пальпировать структуры, расположенные на заднем листке, как бы перебирая их между большим и остальными пальцами (как при счёте купюр).
- Характерные пальпаторные ощущения и «щелканье» — звук при пальпации — позволяют при определённом опыте определить ход мочеточника.
- Пальпаторно различить мочеточник и артериальные стволы достаточно просто: мочеточник перистальтирует, особенно при дотрагивании до него, крупные сосуды (артерии) пульсируют.

# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **3-й этап операции. Мобилизация мочевого пузыря.** Матку отводят кзади, при потягивании за культы круглых связок рассекают пузырно-маточную складку. Для этого пинцетом приподнимают край разреза пузырно-маточной складки вместе со стенкой мочевого пузыря и плотным тупфером, зажатым в корнцанг, смещают мочевой пузырь вниз по шейке матки.
- **4-й этап операции. Пересечение сосудистых пучков.** Маточная артерия — ветвь внутренней подвздошной артерии — подходит к боковой поверхности матки (ребру) на уровне внутреннего зева, её сопровождает одна или несколько вен, нередко варикозно расширенные.
- Далее маточная артерия делится на основную и влагалищную ветви. Основная ветвь маточной артерии от области внутреннего зева поднимается по ребру матки, влагалищная артерия направляется вниз.  
**Пересечение и перевязку сосудистого пучка при экстирпации матки проводят, как правило, на уровне или чуть ниже внутреннего зева.**
- Сосудистый пучок пересекают и лигируют с прошиванием у «носика» зажима, концы лигатур обязательно срезают. Затем ту же манипуляцию производят с другой стороны. Культя сосудистого пучка всегда сокращается, поэтому нельзя очень коротко, сразу над зажимом отсекать сосуды, целесообразно оставить культю сосудов длиной около 1 см, что облегчает перевязку и в дальнейшем предупреждает соскальзывание лигатуры.

Сосудистый пучок пересекают и лигируют с прошиванием у «носика» зажима, концы лигатур обязательно срезают. Затем ту же манипуляцию производят с другой стороны. Культя сосудистого пучка всегда сокращается, поэтому нельзя очень коротко, сразу над зажимом отсекать сосуды, целесообразно оставить культю сосудов длиной около 1 см, что облегчает перевязку и в дальнейшем предупреждает соскальзывание лигатуры.



# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **5-й этап операции. Рассечение предпузырной фасции (fascia antevesicale).** На уровне ранее пересечённых сосудистых пучков пересекают предпузырную фасцию (до ткани шейки) и смещают ткань с передней поверхности шейки матки в перпендикулярном направлении к лону, строго вниз по шейке матки тугим маленьким тупфером («пуговкой»).
- **6-й этап операции. Пересечение и лигирование крестцовоматочных связок.** В месте перехода брюшины с матки на прямую кишку брюшина формирует прямокишечноматочное углубление и две боковые складки, идущие к крестцу и содержащие пучки мышечнофиброзных волокон (крестцовоматочные связки). Для пересечения крестцовоматочных связок матку максимально оттягивают к лону и на крестцовоматочные связки у места их отхождения в направлении, перпендикулярном по отношению к матке, накладывают зажимы Микулича.
- Крестцовоматочные связки пересекают, между связками пересекают брюшину и надсекают ректовагинальную фасцию, обнажая ректовагинальное пространство. Крестцовоматочные связки лигируют кетгутом или викрилом с прошиванием у «носика» зажима, нити обрезают

## ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **7-й этап операции. Пересечение и лигирование кардинальных связок.** Как бы соскальзывая с шейки, зажимают инструмент параллельно шейке матки и отсекают кардинальную связку от шейки так, чтобы в зажим попала фасция, покрывающая боковую часть шейки матки (частично срезая её). Связку лигируют с прошиванием у нижнего края кетгутом или викрилом, нити срезают. В зависимости от длины шейки матки кардинальные связки пересекают в один или несколько приёмов.
- **8-й этап операции. Вскрытие свода влагалища.** Пальпаторный признак достижения сводов влагалища: ощущение проваливания или соскальзывания с более плотной шейки на эластичный задний влагалищный свод. Существует также следующий приём: между большим и указательным пальцем спереди и сзади помещают шейку матки и перемещают пальцы вниз по шейке. Ориентир влагалищных сводов — место, где сомкнутся пальцы. В открытое влагалище вводят марлевый тампон (тампон удаляют на операционном столе после окончания операции).

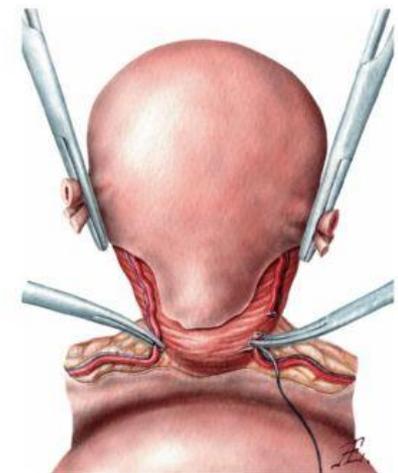
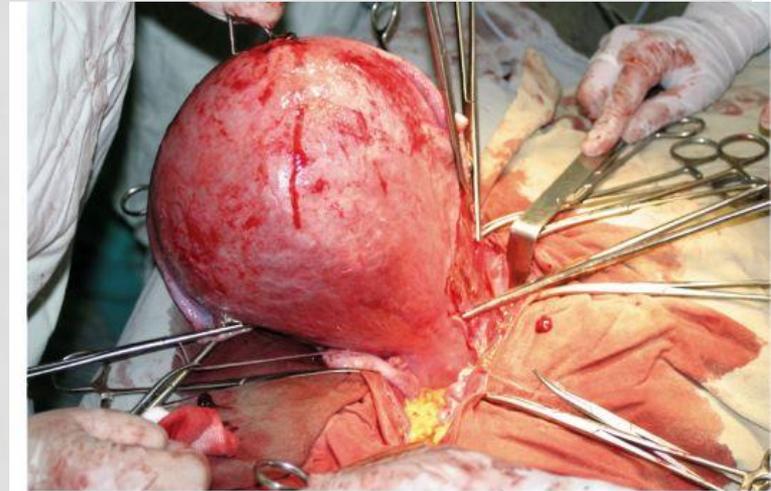
# ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

- **9-й этап операции. Гемостаз  
влагалищной трубки**

Применяют бестампонный метод дренирования по Брауде, который состоит в том, что переднюю стенку влагалища сшивают с пузырчаточной складкой, заднюю — с крестцовоматочными связками и прямокишечноматочной складкой. Этим достигают перитонизации обнажённых поверхностей мочевого пузыря и прямой кишки и гемостаз стенок влагалища.

При таком способе боковые и паравагинальные забрюшинные пространства таза открываются во влагалище для оттока лимфы, крови или гноя. Используют рассасывающиеся нити (кетгут, лучше викрил).

- **10-й этап операции. Перитонизация.**



# МАНЧЕСТЕРСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

- **Манчестерская операция** — сочетание передней кольпорафии, ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинеолеваторопластики

## **ПОКАЗАНИЯ**

Операция эффективна при опущении и неполном выпадении матки, особенно при наличии элонгации шейки и цистоцеле.

При выполнении данной операции сохраняется менструальная функция.

- **МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Предпочтительно использование регионарной (спинальной или эпидуральной) анестезии, а также комбинированной анестезии, эндотрахеального наркоза.

# МАНЧЕСТЕРСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

## • ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

- Влагалище обнажают в зеркалах, шейку матки захватывают пулевыми щипцами и максимально низводят. После обработки влагалища и шейки матки дезинфицирующим раствором делают круговой разрез на уровне влагалищных сводов, чтобы края слизистой оболочки разошлись, а верхний и нижний край слизистой оболочки шейки матки приобрёл подвижность.
- Отступая 1,5–2,0 см от наружного отверстия уретры, производят линейный разрез слизистой оболочки влагалища до кругового (циркулярного) разреза вокруг шейки матки. Можно сразу выполнить линейный разрез слизистой оболочки передней стенки влагалища, продолжив его в циркулярный разрез вокруг шейки матки.
- Смещают мочевой пузырь кверху несколько выше границы влагалищной части шейки матки и чёткой визуализации кардинальных связок.
- Кардинальные связки пересекают у основания шейки матки, перевязывают с прошиванием викрилом и подшивают их «внахлёт» к передней поверхности культи части шейки матки выше предполагаемого уровня ампутации шейки. Выполняют клиновидную или конусовидную ампутацию. После ампутации шейки матки проводят зондирование цервикального канала и полости матки.  
Производят переднюю пластику
- накладывают швы по Штурмдорфу с формированием нового наружного зева
- Завершение операции — кольпоперинеолеваторопластика

# МАНЧЕСТЕРСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

## • ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- Ранняя активизация пациенток — на вторые сутки после операции (с предварительным бинтованием нижних конечностей).
- Применение инфузионной терапии в режиме умеренной гиперволемии в течение первых двух суток.
- Применение пневматической манжеточной компрессии с первых суток послеоперационного периода и до выписки пациенток, ношение компрессионного белья.
- Использование специфических способов профилактики тромбоэмболических осложнений — прямых антикоагулянтов. Целесообразно использование НМГ (надропарин кальция) в дозе 0,3 мл (2850 МЕ антиХаактивности) под кожу живота в течение 5–7 дней (при массе тела больной более 100 кг дозу необходимо удвоить); средств, улучшающих реологические свойства крови (дексран со средней молекулярной массой 30 000–40 000; пентоксифиллин).
- Использование препаратов для улучшения регенерации (актовегин® по 2 мл внутримышечно, затем по 1 таблетке 3 раза в день).
- Ежедневная обработка швов на промежности раствором бриллиантового зелёного (туалет — после каждого мочеиспускания), применение спринцевания с 3х суток после операции.
- Выписка на 4–7е сутки.

## • **На этапе восстановительного амбулаторного лечения целесообразно рекомендовать:**

- использование антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота, НПВС), спазмолитических и вазоактивных препаратов, венотоников — диосмин + гесперидин (детралекс®), троксерутин, эсцин, энзимотерапия;
- применение НПВС в виде ректальных свечей (индометацин или диклофенак по 1 свече (50 мг) на ночь в течение 10 дней);
- применение уросептиков растительного происхождения (например, канефрона® или толокнянки обыкновенной листьев (урифлорин®) по 1–2 таблетке в день в течение месяца.

## **ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ**

- Исключение половых контактов, а также осмотров (особенно в зеркалах) в течение 6 нед.
- Ограничение подъёма тяжестей (до 3 кг).
- Регулирование стула (исключение запоров).
- В случае появления кровотечения или других осложнений — немедленное обращение в тот стационар, где проводили операцию, или любой другой стационар.

# ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

- **Влагалищная экстирпация матки** — удаление матки влагалищным (вагинальным) доступом.

- **ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ**

Опущение и выпадение внутренних половых органов, патология матки (в том числе полное и неполное выпадение матки, миома матки небольших размеров, эндометриоз матки), при которой необходимо её удаление.

- **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Чревосечения в анамнезе с выраженным спаечным процессом в брюшной полости (относительное противопоказание); сочетанная патология (например, опухоль яичника), при которой необходимо проведение ревизии брюшной полости.

Большие размеры матки — не абсолютное противопоказание для влагалищной гистерэктомии.

- **МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Предпочтительно использование регионарной (спинальной или эпидуральной) анестезии, а также комбинированной анестезии, эндотрахеального наркоза.