

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ



д.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова Национальный клинический экспертУкраино-швейцарской программы "Здоровье матери и ребёнка".
[написать автору](#)

3 турботою про Жінку

Код товару: 00000000040

40ГРН

[Оформити передплату](#)

[Купити номер](#)

Бартолиновые железы или большие железы преддверия влагалища – парные образования, расположенные в толще задней трети больших половых губ на глубине 1–1,5 см. Выводные протоки длиной 1,5–2,5 см открываются в преддверие влагалища на 4 и 8 часах между малой губой и девственной плевой или ее остатками. Бартолинова железа выделяет тягучую богатую белком слизь (лубрикант), которая поддерживает нормальную влажность слизистой оболочки входа во влагалище и способствует благоприятному протеканию полового акта (Медведев М. И., 2014 [5]).

Коды МКБ:

N75 Болезни бартолиновой железы.

N75.0 Киста бартолиновой железы.

N75.1 Абсцесс бартолиновой железы.

N75.8 Другие болезни бартолиновой железы.

N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная.

Одной из наиболее частых патологий, которая может поражать бартолиновые железы, является киста железы или ее протока. Частота данного заболевания составляет порядка 2–8% в структуре всех заболеваний женских половых органов. Первопричиной заболевания является окклюзия выводного протока железы вследствие образования постинфекционной стриктуры, а также после эпизиотомии или травмы (Lee M. Y et al. 2014 [3]).

В результате отсутствия оттока секрет железы скапливается в выводном протоке, постепенно формируя кисту, которая, по сути, является ретенционным образованием (Hillard P. J. A., 2012 [4]). Киста может быть небольших размеров и иметь бессимптомное течение. Киста больших размеров может вызвать отек окружающих тканей и диспареунию. При ее инфицировании возможно развитие вторичного абсцесса. Факторами риска являются смена полового партнера и инфекции, передающиеся половым путем (гонорея, хламидиоз) (Kessous R. et al. 2014 [2]).

Развитию кисты бартолиновой железы способствует:

- нарушение интимной гигиены;
- травма кожи и половых губ при эпиляции, бритье;

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

заставляют обратиться к гинекологу, являются дискомфорт в области наружных половых органов, боль, часто носящая пульсирующий характер, возникает и усиливается при ходьбе, затруднения или даже невозможность жить половой жизнью. Лечение проводят в отношении больших кист, которые мешают повседневной активности и половой жизни, а также с целью улучшения внешнего вида наружных половых органов (рис. 1).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Мазок на степень чистоты.
4. Бактериологическое исследование на чувствительность к антибиотикам.
5. Обследование на инфекции (ИФА, ПЦР) гонорея, трихомонада, хламидии.



Рис. 1.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. HbsAg.
2. Анти HCV.

Существуют следующие методы лечения кисты бартолиновой железы.

1. **Медикаментозный (консервативный)** – заключается в использовании системной и местной антибиотикотерапии, НПВС. Метод применяют для облегчения симптомов при воспалении кисты без абсцедирования, однако он не позволяет устранить саму патологию. Этот способ можно использовать как подготовку к оперативному лечению для снятия признаков воспаления и перифокального отека.
2. **Пункция кисты с аспирацией ее содержимого.** Метод может быть использован при быстром увеличении кисты без нагноения как средство неотложной помощи для уменьшения объема кисты и облегчения симптомов, когда нет возможности проведения оперативного лечения. Способ не предусматривает удаление капсулы кисты, характеризуется высокой частотой рецидивов.
3. **Вскрытие и дренирование кисты (постановка дренажа с созданием условий для оттока секрета).** Метод простой в исполнении, не требует специальной квалификации хирурга и использования дорогостоящих аппаратов, однако имеет низкую эффективность, не предусматривает удаление капсулы, часты рецидивы (повторное образование кисты).
4. **Лазерная вапоризация кисты** – заключается в том, что на кистозное образование воздействуют лазерным лучом и как бы «выпаривают» патологические ткани (de Góis Speck N. M., 2007 [1]). Преимуществами операции являются: возможность амбулаторного проведения, не требуется анестезия, отсутствует кровотечение, нет необходимости накладывать швы, быстрая реабилитация. Используют модулированный режим 50:10 мощностью 12–16 Вт при коагуляции кисты и постоянный режим мощностью 10–14 Вт при санации кисты. При этом первым этапом проводят раскрытие и освобождение содержимого кисты при помощи лазерного световода, который вводится со стороны слизистой в участке наибольшего выпячивания образования.

После механического удаления содержимого световод вводится в полость и проводится стерилизация полости (абсцесс) и коагуляция стенок с целью склерозирования полости. В послеоперационном

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

5. **Марсупиализация кисты – это ее вскрытие и удаление секрета с дальнейшим формированием по краям раны нового отверстия выводного протока железы.** Этот метод сохраняет и саму железу, и ее проток.

Операция может проводиться под местной анестезией, не требует дорогостоящей аппаратуры, однако техника довольно кропотливая, предусматривает наложение швов. Техника операции: после небольшого линейного разреза кожи и слизистой оболочки половой губы вскрывают капсулу кисты, края капсулы пришивают к краям кожной раны

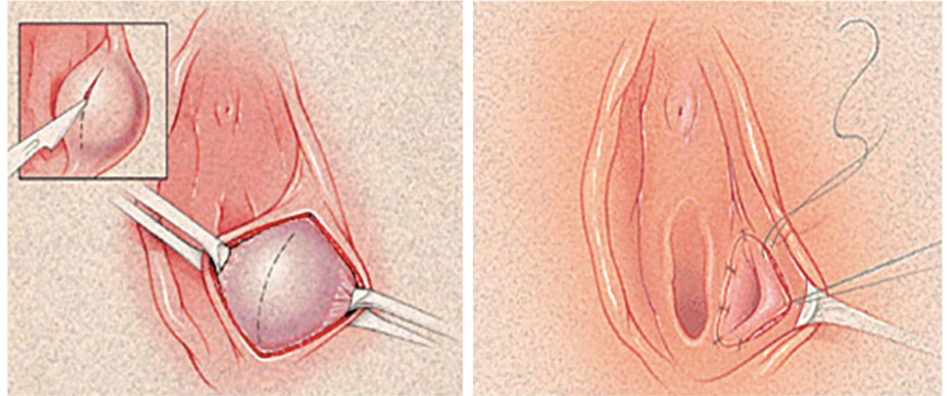


Рис. 2.

отдельными швами из рассасывающегося материала. В течение 3–5 недель наружное отверстие вновь сформированного выводного протока железы постепенно уменьшается до нормальных размеров. Однако, вновь сформированное выводное отверстие может облитерироваться, приводя к рецидиву (рис. 2).

6. **Постановка Word-катетера – является аналогом марсупиализации.** При этом выполняется небольшой надрез с удалением содержимого кисты, и на ее место устанавливается особая силиконовая трубочка с баллончиком на конце. Такой катетер оставляется на 4–6 недель, после чего извлекается. За это время полностью формируется новый канал железы, который уже не слипнется, так как его стенки полностью эпителизируются и поэтому не прилипают друг к другу. Процедура выполняется под местным обезболиванием, занимает 10 минут и является абсолютно амбулаторной и безболезненной. Операция может проводиться под местной анестезией, однако требует наличия специального катетера. Вероятность рецидива – менее 10%.

Последовательность действий гинеколога отображена на рис. 3.

Как альтернатива катетера Word, рассматривается применение резинового катетера кольца Jacobi. Катетер входит и выходит из кисты через два отдельных разреза, образуя замкнутое резиновое кольцо, когда концы катетера связаны (рис. 4).

При использовании катетера кольца Jacobi отмечается простота в использовании, хотя количество рецидивов аналогично как для катетера Word.

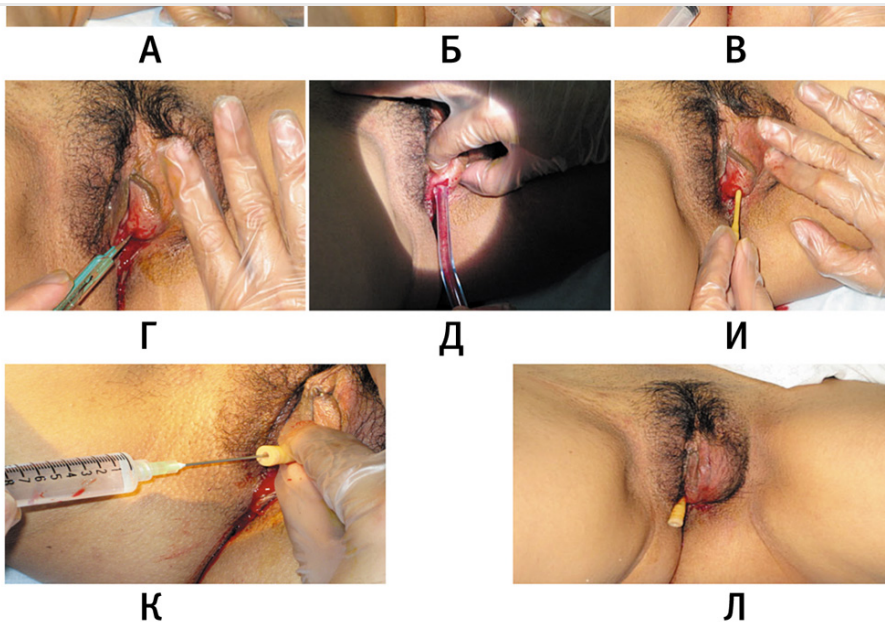
7. **Экстирпация железы – операция, предусматривающая удаление бартолиновой железы с кистой.**

Преимуществами операции является практически отсутствие рецидивов, однако сама операция длительная, сопровождается обильным кровотечением, требует наложения швов. Техника операции: в проекции кисты делается разрез с внутренней поверхности большой половой губы в нижней ее трети (анатомическое расположение большой железы преддверия влагалища). При вылуцивании необходимо тщательно удалить всю капсулу, так как при оставлении части ее возникает рецидив. Ложе удаленной кисты ушивают погружными швами, на края раны накладывают отдельные швы. В послеоперационном периоде могут образовываться большие глубокие гематомы, деформация наружных половых органов, локальный болевой синдром.

Таким образом, существуют многочисленные методы лечения кисты бартолиновой железы, отличающиеся по технике, простоте и сложности выполнения, стоимости, использованию дорогостоящей аппаратуры, эффективности.

В гинекологическом отделении Винницкого городского клинического родильного дома №1 уже более 20 лет, первыми в Украине, используют оперативное лечение данной патологии, которое заключается

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ



- А** *Обработка операционного поля;*
Б *Инфильтрационная анестезия 2–3 мл 1% раствора лидокаина подкожно;*
В *Частичная декомпрессия кисты, путем пункции и аспирации содержимого;*
Г *Вскрытие кисты разрезом 0,5–1 см;*
Д *Отсасывание содержимого кисты, которое может быть отправлено на бактериологическое исследование;*
И, К *Вставить кончик катетера Word глубоко в полость кисты и ввести 2–4 мл физиологического раствора, чтобы раздуть баллон;*
Л *Свободный конец изменяет свое положение, чтобы выступать снаружи влагалища. Катетер должен оставаться на месте до 4 недель, до эпителизации тракта.*

Рис. 3.

образования. В результате некроза капсула кисты полностью отторгается от подлежащих тканей и самостоятельно удаляется через операционный разрез, что позволяет снизить частоту рецидива заболевания.

Показания к операции: наличие кисты бартолиновой железы, создающей дискомфорт при ходьбе, половой жизни, быстрое увеличение образования.

Условия для проведения операции: отсутствие острых воспалительных процессов влагалища и наружных половых органов. Операция может быть проведена после устранения воспалительных изменений, перифокального отека, санации влагалища.

Подготовка операции: особой подготовки не требуется.

Методы обезболивания:

внутривенный наркоз (предпочтительно), возможна локальная анестезия.

Техника операции: операцию выполняют в положении женщины «лежа» на гинекологическом кресле. После обработки внутренней поверхности бедер, промежности, вульвы, влагалища спиртовым раствором йодоната проводят вертикальный разрез под кистой несколько кнаружи от малой половой губы. Рассекают кожу, капсулу кисты. При этом содержимое образования вытекает наружу. Края раны захватывают зажимами и разводят. Полость кисты промывают 3% раствором перекиси водорода, затем 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, просушивают и с помощью маленького ватного тампона дважды тщательно обрабатывают изнутри капсулу образования 25% раствором нитрата серебра. В полость кисты вводят марлевый дренаж с гипертоническим (10%) раствором хлорида натрия.

Кровопотеря минимальна, наложение швов не требуется.

Особенности ведения послеоперационного периода. Проводят профилактическую антибиотикотерапию препаратом широкого спектра действия, ежедневно полость кисты промывается 3% раствором перекиси водорода и 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата и дренируется марлевым дренажем с гипертоническим раствором до момента отхождения капсулы.

Преимуществами данного варианта лечения являются простота исполнения, не требуется специальная дорогостоящая аппаратура и материалы, особая квалификация хирурга, отсутствует кровотечение, не требуется наложение швов, высокая эффективность.

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

продолжительности по описанной выше методике. Нами было отмечено, что средняя продолжительность операции составляла $4,2 \pm 0,4$ мин., время отхождения капсулы кисты приходилось на $3,4 \pm 0,2$ суток. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Из особенностей ведения послеоперационного периода хотелось бы отметить, что после отхождения капсулы, для более полноценной репарации, мы использовали инсталляции тампонов с метилурациловой мазью на раневую поверхность. В результате проведенной комбинированной терапии, полное заживление послеоперационной раны констатировалось на $6,8 \pm 0,5$ суток. Анализ опроса пациенток

показывает, что после лечения кисты бартолиниевой железы с использованием нитрата серебра все они считали эффект от полученной комбинированной терапии положительным. Рецидивов после проведенного лечения не отмечались.

Несмотря на общую доказанную клиническую эффективность оперативной терапии кисты бартолиновой железы, сохраняются разногласия, какое именно лечебное воздействие следует считать золотым стандартом лечения. Обычные методы, такие как удаление или марсупиализация, имеют низкую частоту рецидивов, но, как правило, требуют общего наркоза и связаны с кровотечением, инфекцией, рубцовой деформацией тканей и диспареунией. Как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе рассматриваются другие, менее инвазивные и более рентабельные альтернативы.

Некоторые авторы выступают за использование катетера Word, который, по их мнению, является безопасным и эффективным методом. Однако, этот метод требует от пациентов повторного обращения, минимум дважды. Другие основные недостатки этого подхода состоят в том, что катетер может быть раздражающим фактором и часто выталкивается грануляционной тканью еще до полной эпителизации.

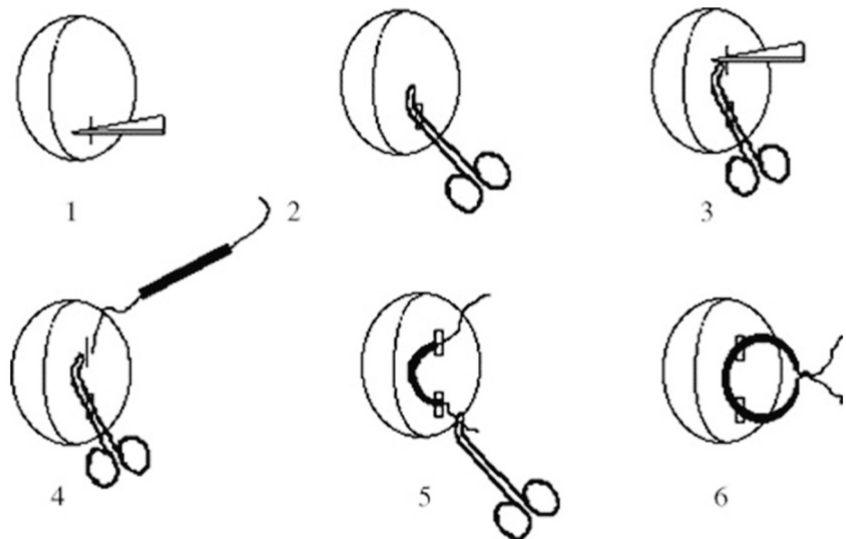
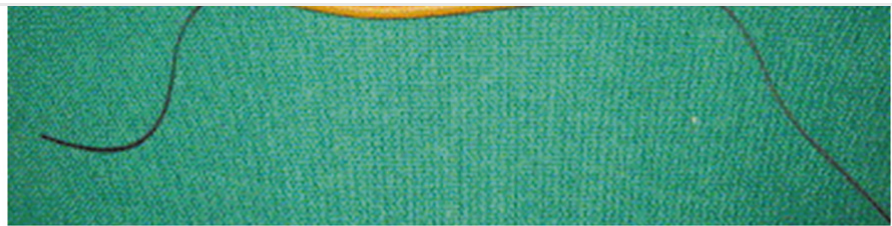


Рис. 4. Инсталляция катетера кольца Jacobi

- 1) Надрез на нижней поверхности слизистой оболочки кисты бартолиновой железы. Содержимое вытекает, киста спадается.
- 2) Введение зажима в полость кисты.
- 3) Зажим туннелируется в полость кисты и производится второй надрез.
- 4) Зажим используется, чтобы захватить один конец катетера кольца Jacobi.
- 5) Катетер кольцо Jacobi протаскивается через полость кисты с осторожностью, чтобы шелк не вытащился из катетера.
- 6) Два конца шва связаны, образуя замкнутое кольцо.

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

бартолиновой железы.

Другой подход заключается в деструкции капсулы кисты бартолиновой железы нитратом серебра или 70% раствором спирта. Оба метода выполнялись в качестве амбулаторной процедуры, под местной анестезией, но с общими побочными эффектами. Абляция нитратом серебра часто ассоциируется с химическим ожогом вульвы и отеком наружных половых органов. Склеротерапия при использовании 70% спиртового раствора может привести к транзиторной гиперемии, появлению гематомы, некрозу тканей и рубцовой деформации.

Обращает на себя внимание ретроспективный анализ 24 исследований: пять рандомизированных клинических исследований (РКИ); два когортных исследования и 17 серий случаев (M. E. Wechter, J. M. Wu, D. Marzano, H. Haefner, 2009, [6]).

Нитрат серебра. Заживление отмечалось в течение 10 дней (два РКИ и четыре серии случаев, n=143). Не наблюдались абсцедирование или рецидивы кисты в четырех тематических сериях, но в двух сообщили частоту рецидивов патологии железы после двух месяцев в 4%.

Лазерное лечение. Одно ретроспективное когортное исследование сообщало о среднем времени заживления 2,2 недели; в шести серийных случаях сроки заживления составили от трех недель до трех месяцев. Частота рецидивов – в диапазоне от 2 до 20% (n=451).


Марсупиализация. Лечение продемонстрировало время заживления менее двух недель (одно РКИ). Рецидивов не наблюдалось ни в одном из исследований с марсупиализацией. Тем не менее, по сравнению с пациентами с разрезом и дренажом до первичного закрытия, у пациентов с марсупиализацией репарация осуществлялась значительно более медленно (до 21 суток, p<0,05).

Пункция кисты с аспирацией ее содержимого. Заживление происходило в течение одной недели (одно исследование). Рецидив в диапазоне от 0 до 38% на протяжении шести месяцев (n=96). По сравнению с методом склеротерапии, аспирация была связана с более чем в два раза увеличением частоты рецидивов.

Фистулизация. Лечение занимало три недели (одно РКИ), рецидивы произошли у 4–17% пациентов на протяжении шести месяцев (n=111).

Экстирпация железы. Частота рецидивов была от 0 до 3% (n=168). Неблагоприятные события были редкостью во всех вмешательствах, и когда они происходили, то не являлись опасными для жизни.

В сравнительном рандомизированном исследовании клинической эффективности марсупиализации и нитрата серебра (n=212), было установлено, что марсупиализация и нитрат серебра – эффективные методы терапии бартолиновой кисты (Ozdegirmenci O., Kayikcioglu F., Haberal A. 2009. [7]). Однако, нитрат серебра способствовал полной репарации с меньшим образованием послеоперационных рубцовых изменений.

Таким образом, применение технологий терапии кисты бартолиновой железы 25% раствором нитрата серебра, имеет ряд преимуществ: максимальный эффект на раннем этапе заболевания, миниинвазивный доступ, отсутствие рецидивов, обоюдная экономическая заинтересованность, что в итоге способствует не только интенсификации хирургической помощи гинекологическим больным, но и, что самое главное, улучшает качество жизни, изначально сопряженной с патологическими изменениями. 

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ
