

**В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова,
Н.А.Щукина, А.А.Попов**

Оперативная гинекология

3-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 618.1-089
ББК 57.15
К78

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Краснопольский В.И.

K78

Оперативная гинекология / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 320 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-411-2

Книга посвящена хирургическому лечению различных гинекологических заболеваний. Представлена анатомия женских половых органов, передней брюшной стенки, тазового дна. Особое внимание уделено определению показаний к операции, принципам выбора доступа, объема хирургического вмешательства, классическим, инновационным хирургическим технологиям, профилактике интра- и послеоперационных осложнений.

Предназначена для врачей акушеров-гинекологов, урологов, проктологов, а также для студентов старших курсов медицинских институтов.

УДК 618.1-089
ББК 57.15

ISBN 978-5-00030-411-2

© Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А.,
Попов А.А., 2010, 2013
© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2010
© Иллюстрации. ООО «МЕДпресс-информ», 2013

**Краснопольский Владислав Иванович,
Буянова Светлана Николаевна,
Щукина Наталья Алексеевна,
Попов Александр Анатольевич**

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Редактор: *Н.Л.Пиганова*
Корректоры: *Е.А.Бакаева, К.В.Резаева*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 978-5-00030-411-2



9 785000 304112

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 10.11.16. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 25,80
Гарнитура Таймс. Тираж 1000 экз. Заказ №5414/16

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
e-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru
www.03book.ru

Отпечатано в соответствии с предоставленными
материалами в ООО «ИПК Парето-Принт»,
170546, Тверская область, Промышленная зона Боровлево-1, комплекс №3А,
www.pareto-print.ru



Краснопольский Владислав Иванович – директор МОНИИАГ, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный врач России, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор.



Буянова Светлана Николаевна – руководитель гинекологической клиники МОНИИАГ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.



Щукина Наталья Алексеевна – главный научный сотрудник гинекологической клиники МОНИИАГ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.



Попов Александр Анатольевич – руководитель отделения оперативной эндоскопии МОНИИАГ, заслуженный врач России, д.м.н., профессор.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Глава 1. Хирургическая анатомия женских половых органов. Анатомические особенности хирургических доступов	7
1.1. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Абдоминальные доступы.	7
1.2. Анатомия наружных половых органов, промежности, влагалища. Хирургическая анатомия влагалищного доступа.	17
1.3. Анатомия тазовых органов.	24
Глава 2. Типичные операции в оперативной гинекологии.	38
2.1. Экстирпация матки	38
2.2. Надвлагалищная ампутация матки (amputatio uteri supravaginalis) – удаление тела матки.	58
Глава 3. Типичные операции влагалищным доступом.	61
3.1. Влагалищная экстирпация матки.	61
3.2. Пластика влагалища	69
3.3. Манчестерская операция (операция Donald, усовершенствованная Fortergill).	77
3.4. Срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра–Лефора).	80
3.5. Хирургическое лечение заболеваний шейки матки.	86
3.6. Хирургическое лечение кист влагалища.	93
3.7. Техника удаления других опухолей (миома, фиброма, липома, фибролипома и др.)	95
Глава 4. Хирургическое лечение миомы матки.	98
Глава 5. Хирургическое лечение эндометриоза	127
Глава 6. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников	142
Глава 7. Хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов.	152
Глава 8. Хирургическое лечение недержания мочи у женщин	192
Глава 9. Хирургическое лечение аномалий развития женских половых органов	211
Глава 10. Хирургическое лечение больных с гнойными заболеваниями половых органов	228
10.1. Хирургическое лечение больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза	228
10.2. Особенности хирургических вмешательств у пациенток с перитонитом ..	239
10.3. Хирургическое лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний ..	243

10.4. Хирургическое лечение акушерско-гинекологического сепсиса	247
10.5. Хирургическое лечение абсцессов наружных половых органов	249
Глава 11. Хирургическое лечение генитальных свищей	252
Глава 12. Эндоскопическое лечение основных гинекологических заболеваний.	272
12.1. Техника лапароскопии	272
12.2. Техника лапароскопии при лечении трубно-перитонеального бесплодия	274
12.3. Лапароскопические вмешательства при внематочной беременности	276
12.4. Лапароскопическое лечение апоплексии яичников	278
12.5. Эндоскопическое лечение миомы матки.	279
12.6. Лапароскопия в лечении эндометриоза.	286
12.7. Эндоскопическое лечение гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза.	287
12.8. Лапароскопическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов	292
12.9. Лапароскопическое лечение доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц	298
12.10. Хирургическая лапароскопия при онкопатологии	300
Глава 13. Осложнения хирургических вмешательств, их лечение и профилактика	305
13.1. Профилактика гнойно-септических послеоперационных осложнений.	305
13.2. Антибактериальное лечение инфекционных послеоперационных осложнений	307
13.3. Хирургическая тактика ведения больных с послеоперационными инфекционными осложнениями	309
13.4. Профилактика тромбоэмболических осложнений.	312
13.5. Лечение тромбоэмболических осложнений	315
13.6. Кровотечения в послеоперационном периоде (диагностика и лечение)	317
Литература	320

ПРЕДИСЛОВИЕ

Представленное вашему вниманию пособие для врачей акушеров-гинекологов касается практически всех аспектов оперативной гинекологии и хирургической эндоскопии. Необходимость такого пособия определяется, на наш взгляд, с одной стороны, практической важностью самой проблемы оперативного лечения гинекологических больных, включая подходы, тактику, доступы, хирургическую технологию, профилактику интра- и послеоперационных осложнений, шовный материал и т.д., с другой – необходимостью знания оперирующим хирургом современных технологических и инновационных хирургических решений в лечении целого ряда гинекологических заболеваний, пограничных состояний, требующих не только выполнения собственно гинекологических операций, но и прокто- и урогинекологических операций, использования синтетических протезов и т.д.

Мы хотели, чтобы, ознакомившись с нашей монографией, хирург-гинеколог мог оптимизировать выбор хирургического решения, определить, что наиболее безопасно и менее травматично для пациента, включая открытый доступ или эндохирургическую операцию.

В монографии каждый из вариантов выполнения операции, удаления органа или пла-

стической операции представлен в обычном и эндохирургическом варианте.

Мы старались представить современную оперативную гинекологию не как два конкурирующих метода хирургического лечения гинекологических заболеваний (имеется в виду открытая хирургия и эндохирургия), а как два дополняющих друг друга хирургических подхода, способных восстановить здоровье пациента с минимальной травматизацией органов и тканей, снизить риск интра- и послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания.

Книга рассчитана не только на хирургов-гинекологов, но и на широкий круг хирургов и эндохирургов смежных специальностей. В первую очередь, это урологи и проктологи. Не сомневаемся, что все они найдут в этой монографии много полезного для своей практической работы.

Авторский коллектив выражает большую благодарность и признательность всем, кто помогал в оформлении и издании этого пособия, и надеется, что оно принесет реальную помощь не только врачам-хирургам, но и, в конечном счете, нашим пациентам, поможет им быстрее восстановить здоровье и улучшить качество жизни.

ГЛАВА 1. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ

«Если выполнение операции означает совершение ряда логически продуманных действий, то знание анатомии является необходимой предпосылкой этих действий. Хирургическое вмешательство будет тем успешнее, чем более оно отвечает естественным и анатомическим отношениям» (Tandler, 1910).

1.1. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Абдоминальные доступы

Брюшная стенка, а точнее переднебоковая брюшная стенка, представляет собой мягкие ткани, прикрывающие брюшную полость в границах живота. В качестве ее ориентиров используются подвздошные гребни, передне-верхние подвздошные ости, лонные бугорки, симфиз и паховая складка, пупок и края прямых мышц живота и, наконец, реберные дуги. Для удобства исследования брюшную стенку принято делить на несколько отделов. Наиболее целесообразно деление живота на области, предложенное В.Н.Тонковым (см. рис. 1.1).

Кожа передней брюшной стенки сравнительно тонка и растяжима, что обуславливается направлением соединительнотканых пучков в сетчатом слое кожи, которое практически во всех отделах горизонтальное или слегка косое. У женщин над лоном кожа живота образует обычно две хорошо выраженные складки – надлобковую и надчревную. Первая является местом разреза кожи по Пфанненштилю. Подкожная жировая клетчатка может быть различной толщины. Исключение всегда составляет область пупка и белой линии. Поверхностная фасция живота состоит из двух листков, которые отчетливо заметны в нижних отделах. Поверхностный листок, содержащий значительное количество жировой клетчатки, переходит на бедро,

не прикрепляясь к паховой связке. Глубокий листок, более тонкий, но в то же время более прочный, прикрепляется к паховой связке. Между этими листками поверхностной фасции проходят артерии, вены и нервы.

От границы между средней и медиальной третью паховой связки по направлению от бедренной артерии к пупку проходит в сопровождении одноименной вены поверхностная надчревная артерия. Кнаружи от нее, также отходя непосредственно от бедренной артерии, располагаются ветви поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, которые направляются к гребню подвздошной кости.

Подкожные вены передней брюшной стенки развиты значительно лучше артерий и образуют венозные сети, особенно хорошо выраженные в области пупка. Они анастомозируют с поверхностной надчревной веной и большой подкожной веной ноги, т.е. с системой нижней полой вены. Через грудонадчревную вену (часто парную) и затем через подмышечную они связаны с системой верхней полой вены. Кроме того, благодаря анастомозам с глубокими венами (верхняя и нижняя надчревные) осуществляется дополнительная связь подкожных вен передней брюшной стенки с системой воротной вены.

Кожу передней брюшной стенки иннервируют боковые передние ветви межреберных нервов от VIII до XII, а также ветви

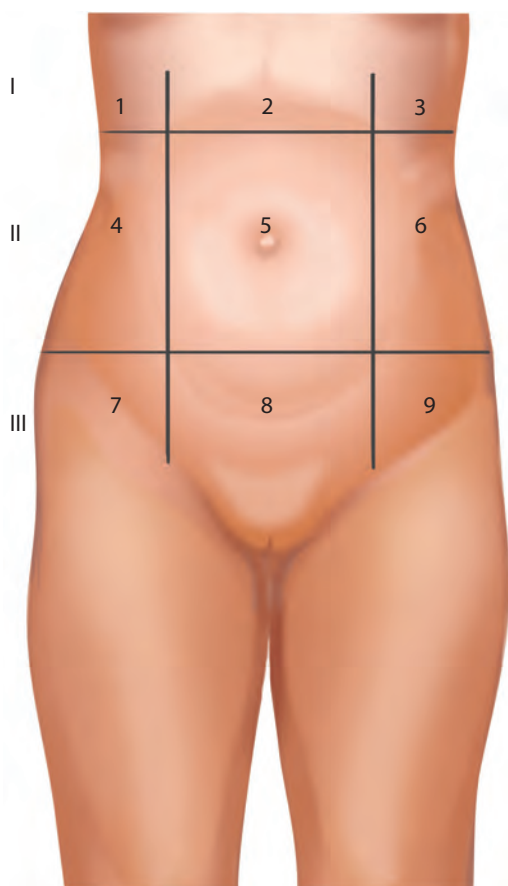


Рис. 1.1. Анатомические области живота.

I – надчревная область: 1 – правая подреберная область, 2 – собственно надчревная, 3 – левая подреберная область; *II* – чревые: 4 – правая латеральная область, 5 – пупочная область, 6 – левая латеральная область; *III* – подчревые: 7 – правая паховая область, 8 – лобковая область, 9 – левая паховая область.

подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов.

К мышцам передней брюшной стенки относятся наружная, внутренняя косая, поперечная и прямая мышцы живота (рис. 1.2), а также не всегда выраженная пирамидальная. Последняя, как правило, бывает хорошо выражена у нерожавших женщин, при этом расположение данной мышцы косвенно указывает на расположение верхушки мочевого пузыря.

За счет апоневроза наружной косой мышцы внизу живота образуется паховая связка, натянутая между передневерхней подвздош-

ной остью и лонным бугорком. Внутренняя косая мышца живота имеет ход волокон, противоположный направлению волокон наружной косой мышцы (снизу вверх и снаружи внутрь). На передней поверхности внутренней косой мышцы расположены подвздошно-подчревные и подвздошно-паховые нервы. Волокна поперечной мышцы живота имеют поперечное направление. Ее мышечные пучки, переходя в сухожилие, образуют полукруглую линию. Это сухожильное растяжение может служить местом образования грыжи.

Между внутренней косой и поперечной мышцами проходят сосуды, наибольший из которых – глубокая артерия, огибающая подвздошную кость.

Прямая мышца тянется от лонной кости до хрящей V–VII ребра (рис. 1.2). Питание мышцы осуществляется за счет ветвей верхней и нижней надчревных артерий, подходящих к задней ее поверхности, пронизывающих ее и кровоснабжающих, помимо этого, апоневроз и подкожную жировую клетчатку. Эти перфорирующие артерии (a. nutricia) имеют существенное значение при выполнении поперечного разреза по Пфannenштилю и отсепаровке апоневротического лоскута.

Следует помнить о необходимости тщательной перевязки или коагуляции этих ветвей во избежание кровотечений и образования подапоневротических послеоперационных гематом, которые, особенно у женщин с хорошо развитой подкожной клетчаткой, могут достигать больших размеров и служить причиной анемизации и даже геморрагического шока.

Влагалище прямой мышцы живота образуется спереди апоневрозом наружной косой мышцы и одним из листков апоневроза внутренней косой мышцы, сзади – апоневрозом поперечной мышцы и другим листком апоневроза внутренней косой мышцы. Такое строение влагалища прямой мышцы живота имеется только на протяжении ее верхних двух третей.

Приблизительно на 5 см ниже пупка задняя стенка влагалища мышцы обрывается, так как, начиная с этого уровня, все сухожилия широких мышц формируют только переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Сухожильные волокна задней стенки влагалища образуют дугообразную линию, ниже которой находится поперечная фасция. Глу-

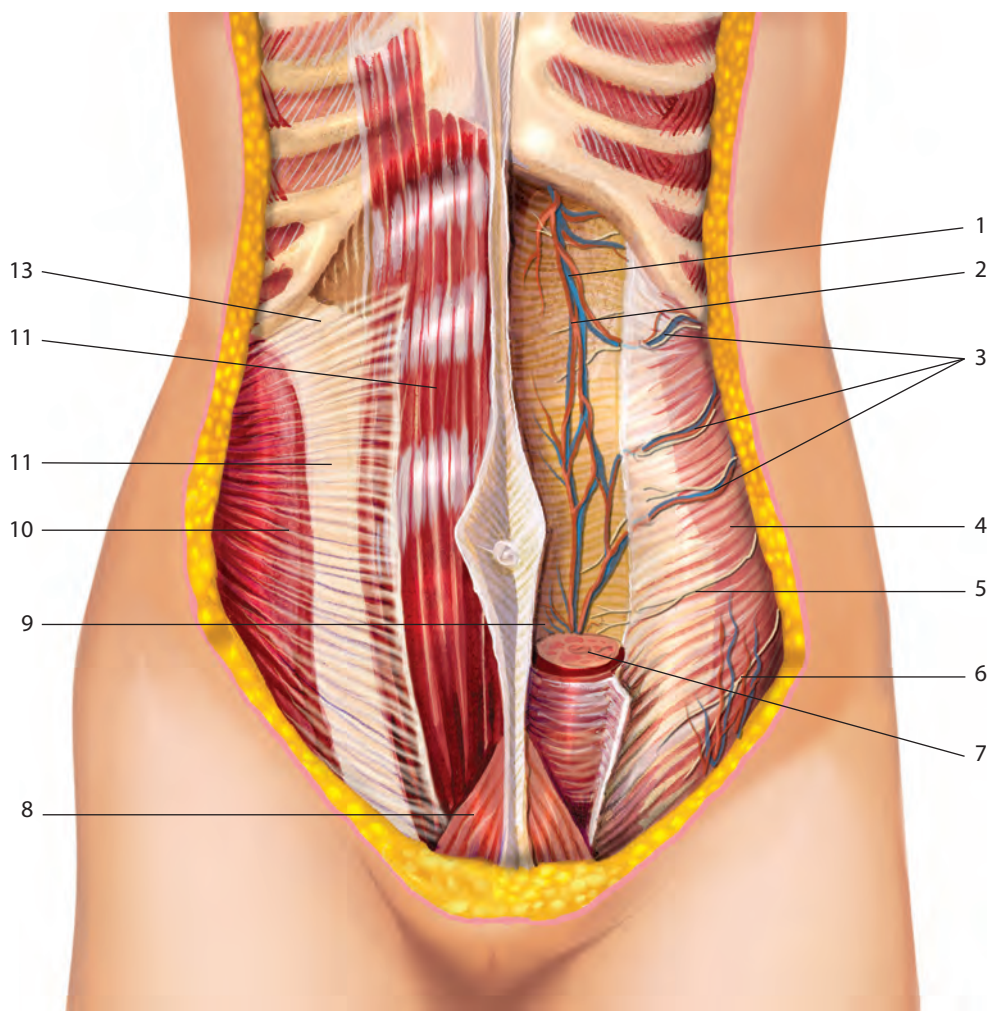


Рис. 1.2. Анатомия передней брюшной стенки (по В.П.Воробьеву).

1 – а. и в. epigastrica superior; 2 – lamina posterior vaginae m. recti abdominis; 3 – aa., vv. и nn. intercostales; 4 – m. transversus abdominis; 5 – n. iliohypogastricus; 6 – m. ilioinguinalis; 7, 12 – m. rectus abdominis; 8 – m. pyramidalis; 9 – а. и в. epigastrica inferior; 10 – m. obliquus internus abdominis; 11 – aponeurosis m. obliqui interni abdominis; 13 – lamina anterior vaginae m. recti abdominis.

бокие слои переднебоковой брюшной стенки состоят из поперечной фасции, предбрюшинной клетчатки и париетальной брюшины.

Поперечная фасция является частью общей круговой, или внутрибрюшной, фасции, которая в нижних отделах переходит во внутритазовую.

Значение этой фасции огромно ввиду того, что она образует многочисленные межфасциальные щели, в которых могут локализоваться и распространяться гнойники, особенно забрюшинные. Поперечная фасция отделена от брюшины слоем предбрюшинного жира,

благодаря чему брюшина может быть легко отсепарована. Здесь же проходят два крупных сосуда – нижняя надчревная и огибающая подвздошную кость глубокая артерия.

Пристеночная брюшина сверху прилежит к диафрагме, а внизу, не доходя до паховой складки примерно на 1 см, переходит на мочевого пузыря, затем на матку и прямую кишку. Особенность хода пристеночной брюшины дает начало формированию клетчаточного пространства, расположенного между ней и паховой связкой, где находятся наружные подвздошные сосуды и бедренно-половой

нерв, половая ветвь которого направляется в паховый канал. Кроме того, здесь расположены наружные подвздошные лимфатические узлы.

Пупок располагается почти на середине расстояния между лоном и мечевидным отростком и представляет собой рубец, образовавшийся на месте пупочного кольца. В период внутриутробного развития через кольцо проходят две пупочные артерии, пупочная вена и мочевой проток. Впоследствии эти образования заустевают и превращаются в связки: мочевой проток – в среднюю пупочную, пупочные артерии – в латеральные пупочные, а пупочная вена – в круглую связку печени.

Пупочная фасция, являющаяся частью внутрибрюшной, не всегда полностью закрывает пупок, заканчиваясь выше него, что создает предпосылки для формирования пупочных грыж.

Особенности хирургического доступа при гинекологических операциях

Для выполнения любой операции необходим хороший доступ к органу, на котором предстоит хирургические манипуляции, поэтому малые разрезы брюшной стенки отнюдь не являются показателем зрелости хирурга (Слепых А.С., 1981).

Хирургическое вмешательство на женских половых органах осуществляют преимущественно двумя путями – трансабдоминальным (брюшностеночным) или трансвагинальным. К ним необходимо добавить еще экстраперитонеальный, который применяют очень редко.

Основные разрезы для проведения чревосечения в акушерско-гинекологической практике представлены на рисунке 1.3.

В настоящее время производят два вида чревосечений: поперечное надлобковое (по Пфанненштилю) и нижнесрединное. Поперечное интерилиакальное чревосечение (по Черни) имеет в основном историческое значение.

Нижнесрединное чревосечение

Разрез проводят по средней линии от лона по направлению к пупку. Следует строго придерживаться средней линии живота, поскольку это обеспечивает анатомичное оперативное вмешательство. Для этого ориентиром снизу должна быть половая щель,

сверху – пупок. Не следует начинать разрез слишком низко у лона, переходя на лобок, так как рубец будет фиксирован и впоследствии может доставлять неудобства (дискомфорт, боли). Целесообразно хирургам, особенно начинающим, предварительно намечать линию разреза (ее начало и конец), поскольку при проведении разреза без намеченных ориентиров, особенно при поспешном оперировании и у тучных больных, можно отклониться от средней линии и, кроме асимметричного рубца, получить ненужные сложности при дальнейшем проведении разреза. Для маркировки можно использовать зажим Кохера, «зубчиками» которого делают легкие пометки на коже (начало и конец разреза). Кроме того, некоторые хирурги, особенно при наличии

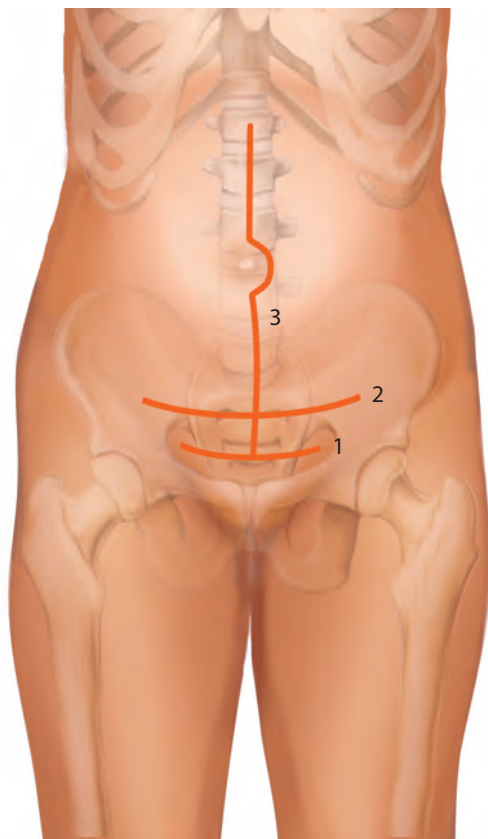


Рис. 1.3. Виды разрезов передней брюшной стенки.

1 – разрез кожи при чревосечении по Пфанненштилю; 2 – разрез кожи при чревосечении по Черни; 3 – разрез кожи при нижнесрединном чревосечении.

предыдущего рубца, делают легкие царапающие пометки в поперечном направлении, что позволяет при последующем зашивании правильно сопоставить края кожного разреза.

При наличии рубца от предшествующего (предшествующих) нижнесрединного чревосечения его экономно иссекают по границе со здоровой кожей. Ошибкой является как чрезмерное (с захватом большой зоны неизменной кожи), так и недостаточное иссечение рубца, поскольку в первом случае произойдет слишком сильное натяжение тканей при зашивании разреза, во втором – сшиваться будут рубцовые ткани, что впоследствии в обоих случаях ухудшит условия репарации.

В некоторых случаях для удобства манипулирования и ревизии брюшной полости разрез продлевают слева в обход пупка, что связано с анатомией хода пупочных сосудов слева. Важно подчеркнуть: сравнительно небольшое расстояние между лоном и пупком почти всегда является косвенным указанием на то, что малый таз у женщины глубокий. В таких случаях целесообразно сразу продлить разрез выше пупочного кольца.

Кожа должна рассекаться одним движением, подкожная клетчатка – в одной плоскости до апоневроза (без «нарезания» ее, что иногда бывает у тучных больных). Ошибкой является поспешное рассечение, когда одним движением рассекаются не только кожа, подкожная клетчатка, апоневроз, но и мышцы и даже брюшина, что, как правило, приводит к ненужному травмированию тканей и кровотечению.

После разреза кожи и подкожной жировой клетчатки хирург накладывает зажимы на кровоточащие сосуды и перевязывает или коагулирует их. Гемостаз должен быть тщательным, ибо он во многом определяет заживление послеоперационной раны и течение послеоперационного периода в целом.

После обнажения апоневроза его надсекают скальпелем в продольном направлении. Длина разреза не должна превышать 2 см. Края разреза целесообразно захватить зажимами Кохера и слегка приподнять, что позволяет с меньшей травматичностью для подлежащих мышц полностью рассечь апоневроз на всю длину разреза раны ножницами (см. рис. 1.4, а). После того как апоневроз рассечен, ближе к пупку находят и острым

путем вскрывают сухожильное влагалище одной из прямых мышц (см. рис. 1.4, б). Некоторые хирурги предлагают разводить прямые мышцы пальцами вдоль всего разреза. Мы считаем, что это травмирующая манипуляция, и предпочитаем метод вскрытия одного из влагалищ прямой мышцы живота острым путем.

Затем вскрывают поперечную фасцию (см. рис. 1.4, в) и отводят предбрюшинную клетчатку (которая хорошо развита у пациентов с ожирением, что затрудняет нахождение брюшины), обнажая париетальную брюшину, которую вскрывают между двумя пинцетами скальпелем или ножницами.

Важно не захватить пинцетом прилежащие петли кишечника и сальник. Для этого поочередно «перекладывают» пинцеты, при этом петли кишечника или сальник, если они не фиксированы к брюшине спайками, «ускользают». Также полезно пальпировать содержимое под брюшиной, а также вскрывать ее послонно, в пределах видимых тканей.

После рассечения брюшины на всю длину разреза края ее захватывают и скрепляют с пленками, ограничивающими брюшную полость.

После вскрытия брюшной полости хирург должен произвести ревизию органов малого таза и отграничить их от петель кишечника и сальника введением в брюшную полость салфетки (пленки), смоченной физиологическим раствором.

Зашивание разреза

На рассеченную брюшную стенку послонно накладывают швы. Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым (викриловым) швом, начиная от верхнего угла. В нижнем углу шов заканчивают петлей (по Ревердену). Этим же швом сопоставляют правую и левую прямые мышцы. Иглу вкалывают по направлению изнутри наружу (шов «елочкой») или проводят нить «внахлест».

Зашиванию апоневроза при продольных разрезах следует придавать особое значение, так как от тщательности выполнения данной манипуляции зависят заживление (исключение эвентрации кишечника), а также комфортность жизни в последующем (исключение образования послеоперационных грыж). Апоневроз надо восстанавливать отдельными швами, используя нерассасывающиеся синтетические нити (см. рис. 1.4, г). Подкожную

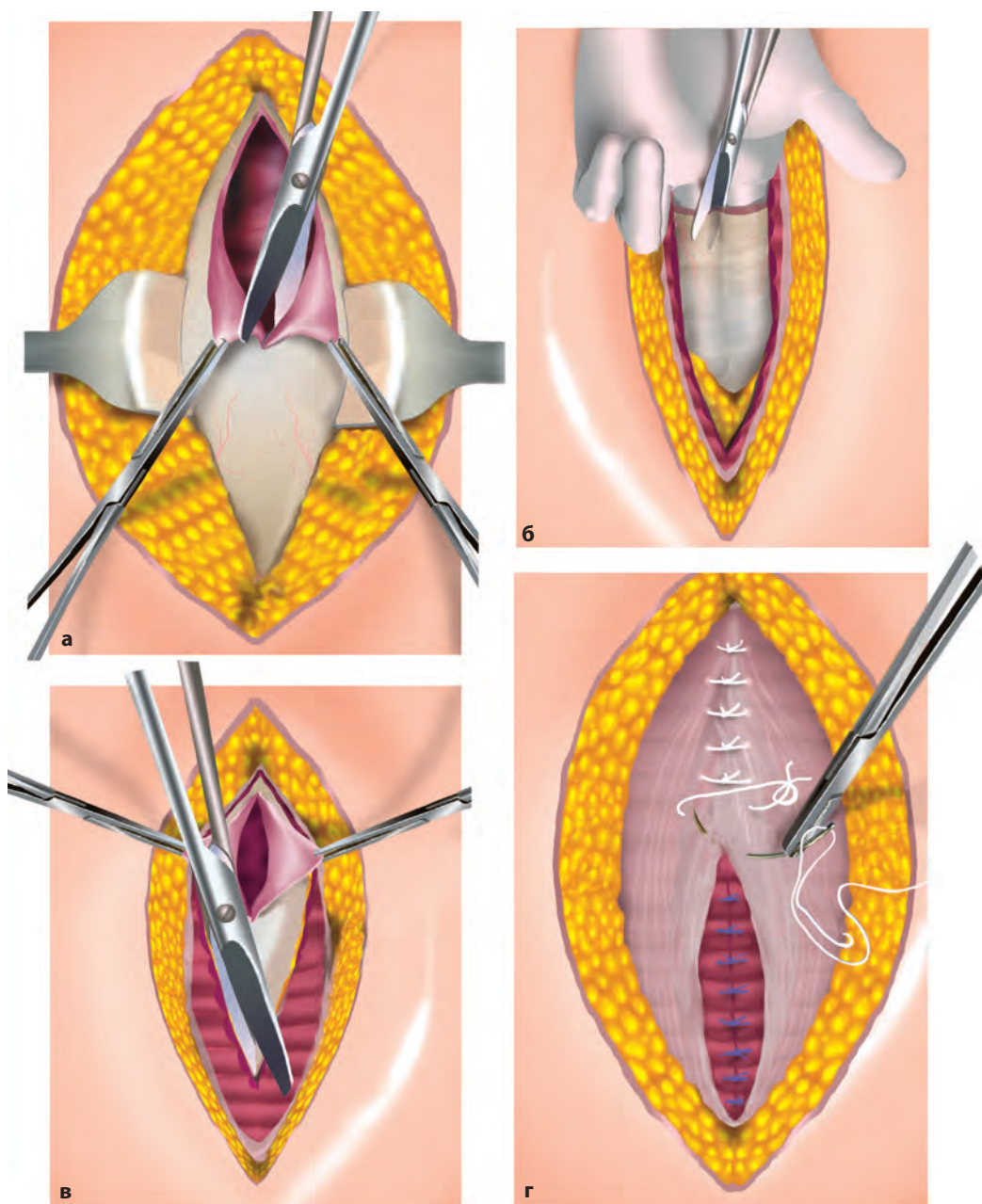


Рис. 1.4. Нижнесрединное чревосечение.

жировую клетчатку сближают отдельными кетгутowymi или викриловыми швами. На кожу накладывают отдельные швы.

В случае высокого риска формирования эвентрации кишечника (обширные дефекты брюшины, инфекция, выраженный парез кишечника, длительная операция с массивной

кровопотерей, предполагаемая длительная искусственная вентиляция легких в послеоперационном периоде и т.д.) целесообразно зашивать переднюю брюшную стенку не послойно, а двумя рядами отдельных нерассасывающихся швов (1-й ряд: брюшина–апоневроз, 2-й ряд: подкожная клетчатка–кожа).

Чревосечение по Пфанненштилю

Разрез проводят по надлобковой складке кожи на 2 поперечных пальца выше лона. Надлобковая складка кожи всегда бывает хорошо выражена у нормо- и гиперстеничных пациенток, у астеничных менее выражена. Не следует проводить разрез слишком низко у лона, переходя на лобок – впоследствии рубец будет фиксированным и доставит неудобства. Мы советуем также предварительно «намечать» линию разреза (ее начало и конец), придерживаясь средней линии живота, поскольку это обеспечивает симметрию разреза и, кроме эстетических моментов, обеспечивает «правильное оперирование» и профилактику осложнений (связанных с асимметричным рассечением тканей и проведением дополнительного гемостаза со стороны преимущественного рассечения тканей). Особое внимание следует уделять перевязке надчревных артерий, которые приходятся на углы поперечного разреза. Симметричное оперирование обеспечивает лучший доступ к органам малого таза, поскольку, начиная со вскрытия сухожильного влагалища одной из прямых мышц, операция при чревосечении по Пфанненштилю продолжается как при нижнесрединном чревосечении. Высокий разрез (по надчревной складке) не имеет преимуществ перед разрезом по Пфанненштилю и даже ограничивает доступ в глуболежащие отделы малого таза.

С нашей точки зрения, правильно выполненный разрез по Пфанненштилю достаточен для проведения практически всех манипуляций в малом тазу, поэтому в настоящее время показания к проведению нижнесрединного чревосечения значительно ограничились и сводятся к следующим:

- ургентная ситуация (массивная кровопотеря, необходимость полноценной ревизии брюшной полости и возможность выполнения вмешательств на других органах);
- наличие нижнесрединного чревосечения в анамнезе;
- наличие некоторых заболеваний: опухолей матки гигантских размеров, онкопатологии, выраженного спаечного и/или инфильтративного процесса в брюшной полости и малом тазу (гнойный воспалительный процесс, эндометриоз).

Длина разреза в среднем составляет 10–15 см, однако она может быть индивидуаль-

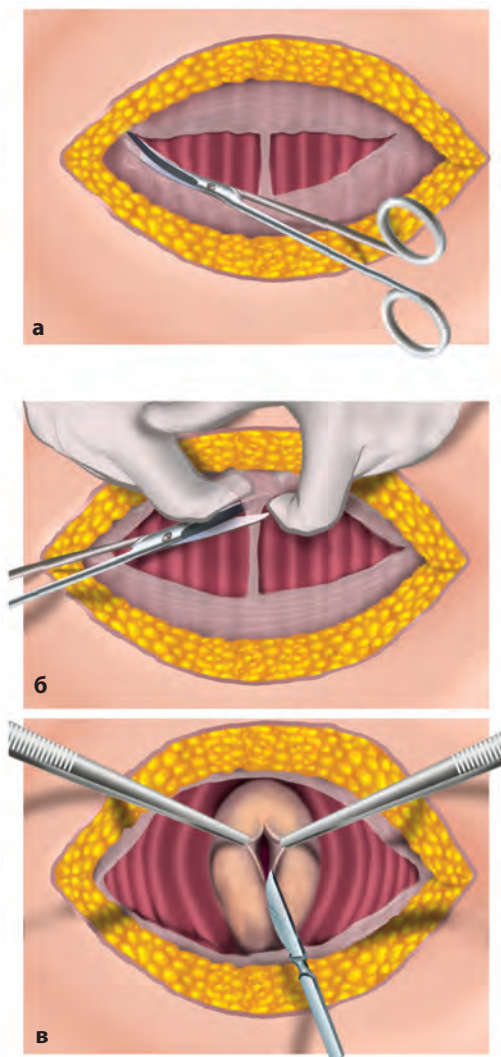


Рис. 1.5. Чревосечение по Пфанненштилю.

ной – от 8 до 20 см, для того чтобы обеспечить выполнение намеченного объема хирургического вмешательства. Особенно важна достаточная величина разреза при манипуляциях в глубине малого таза и у больных с ожирением, а также при наличии крупных опухолей.

После разреза кожи и подкожной клетчатки и обнажения апоневроза последний рассекают скальпелем в поперечном направлении параллельно разрезу кожи приблизительно на 2 см вправо и влево от средней линии (белой линии живота) (рис. 1.5, а). Далее края разреза апоневроза для обеспечения лучшего доступа направляют вверх, фиксируя