

Казачков Александр
Робертович

16+

ПРАКТИКУМ ПО ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

составляющие хирургического метода

Александр Казачков

**Практикум по оперативной
гинекологии. Составляющие
хирургического метода**

«Автор»

2022

Казачков А. Р.

Практикум по оперативной гинекологии. Составляющие хирургического метода / А. Р. Казачков — «Автор», 2022

Эта книга - исповедь практикующего хирурга и блестящего преподавателя. Им обучены и подготовлены поколения уникальных хирургов с особенным подходом к своему делу. В этом издании вы не найдёте шаблонов, стандартных и привычных всем взглядов на хирургический метод и его преподавание. В настоящее время совершенно отсутствует методика преподавания хирургического метода, да и понятие это мало кто понимает так глубоко. Именно это подвигло автора на написание данной работы. Разработаны основные составляющие преподавания хирургического метода, игнорирование хотя бы одной из них делает обучение бесполезным. Изучение данной методики дает возможность обучить выполнению оперативного пособия, как технологического процесса, осмыслить оперативное пособие в целом за короткое время и позволит доказательно объяснить их действия за операционным столом при любой операционной ситуации. Окрылить не окрыленных и воодушевить не воодушевленных – это Ваша дорога к сердцам и мыслям последователей. Костыгина М.А.

© Казачков А. Р., 2022

© Автор, 2022

Содержание

Введение	6
Часть I. Информационная составляющая	8
Глава 1. Этические и правовые принципы хирургического метода в гинекологии.	8
Глава 2. Анатомия (нормальная, топографическая), кровоснабжение органов малого таза.	12
Глава 3. Ход брюшины	18
Глава 4. Хирургический шов; узловатый, непрерывный швы.	22
Глава 5. Хирургические инструменты.	23
Глава 6. Приемы, применяемые на операциях.	28
Глава 7. Разрезы, применяемые на гинекологических операциях.	30
Глава 8. Опасности при проведении гинекологических операций, ревизия органов брюшной полости	31
Глава 9. Характеристика расширителей, зеркал, тупферов.	32
Часть II. Аналитическая доказательная составляющая	33
Глава 1. Анатомия (функциональная, динамическая).	33
Глава 2. Использование хода брюшины и её отношение к органам малого таза (забрюшинные пространства).	34
Глава 3. Выбор хирургического шва и материалов; отличие узловатых швов от непрерывного.	37
Конец ознакомительного фрагмента.	38

Александр Казачков
Практикум по оперативной гинекологии.
Составляющие хирургического метода

Посредственный учитель излагает.

Хороший учитель объясняет.

Выдающийся учитель показывает.

Великий учитель вдохновляет.

Артур Уорд

Введение

Современная клиническая медицина (и хирургия в первую очередь) почти полностью превратилась в техническое понятие, перестав быть «искусством врачевания». Данная метаморфоза кардинально меняет отношение к медицинскому образованию. Если можно научить понимать искусство, то творить искусство нельзя научить никогда, – это редкий индивидуальный дар, требующий, конечно, развития и технического обучения. А научить оперировать можно и учить оперировать нужно, но технология и методология обучения не могут оставаться прежними. Продолжительный индивидуальный путь с личным наставником: «делай как я, смотри атласы, пробуй, экспериментировать, импровизируй», увы, не соответствует требованиям сегодняшнего дня. Результаты, как правило, вполне сносно в отдаленной перспективе для хирурга, но обязательно стоят здоровья, а иногда жизни его наименее удачливым пациентам. Как же минимизировать эту неизбежную плату общества за эффективную и доступную хирургическую помощь?

Эффективное ускорение обучения хирургов связано не только с глубоким изучением базовых фундаментальных медицинских дисциплин, но и с разработкой теоретических основ прикладных аспектов хирургической деятельности. Такие разработки существенно сократят интуитивный поиск индивидуальных оптимальных решений за операционным столом. Усвоение основных технологических аспектов должно происходить до получения скальпеля в руки – в режиме наблюдения за ходом операции и на этапе ассистенции, а использование муляжей и тренажеров дополнит процесс подготовки к началу самостоятельной хирургической работы.

А теперь поставим для себя вопрос: «Как преподавать слушателям (студентам, клиническим ординаторам, стажерам) хирургический метод?».

В преподавании хирургического метода необходима система, которая определит последовательность действий хирурга за операционным столом, т.е. позволит рассматривать оперативное пособие, как технологический процесс.

Принцип преподавания хирургического метода в гинекологии заключается в систематизации накопленных знаний о хирургических инструментах, приемах, принципах, этапах, осложнениях при выполнении оперативного пособия, а также, что не менее важно, а может быть и самое важное, дать определение понятиям, которые лягут в основу преподавания хирургического метода. Это и определит объективность и доказательность обучения и позволит уйти от описательного подхода в овладении хирургическими операциями.

В используемой литературе существуют описания последовательности хода операций, указания «что» нужно делать, а «как» нужно делать – практически отсутствуют. Абстрактная информация на бумажных носителях носит описательный характер и оторвана от хирургической практики.

Оперативное пособие требует постоянного принятия решений за очень короткое время, независимо от того, плановое оно или нет. Врач-хирург постоянно находится в экстренной ситуации. Именно поэтому необходима методика его обучения, которая позволила бы принимать эти решения объективно и доказательно. На операции у врача-хирурга нет возможности отложить принятие решения своих действий во времени.

Преподавание хирургического метода должно отталкиваться (иметь основу) от определений, понятий, которые систематизируют действия хирурга за операционным столом.

Чтобы уйти от описательного подхода обучения хирургическому методу следует, прежде всего, определить цель обучения хирургическому методу, т.е. жестко определить уход от описательного подхода.

Целью обучения хирургическому методу является формирование у слушателей (студентов, ординаторов, стажеров) способности принятия решений за операционным столом при любой хирургической ситуации.

Знания, полученные врачом-хирургом, не должны быть общими, а должны быть конкретными и иметь, по своей сущности, прикладной характер.

Какими же должны быть составляющие преподавания хирургического метода? Это мы рассмотрим и утвердим исходя из опыта нашей работы.

Итак, составляющие преподавания хирургического метода:

Информационная

Аналитическая доказательная

Симуляционная

Технологическая

Следует сразу отметить, что очень тяжело, или практически невозможно разделить эти составляющие. Они всегда гармонично связаны друг с другом. Но это и прекрасно, так как в итоге мы получаем конкретный, полезный результат. Что же такое полезный результат? Это, как мы уже отмечали, является формирование у слушателей (студентов, ординаторов, стажеров) способности принятия решений за операционным столом при любой хирургической ситуации.

И еще одно: во всех учебно-методических пособиях, исходя из требований, контрольные вопросы и задания предлагаются после каждой главы. Мы предложим вам самим задать вопросы по приведенной нумерации, а наши вопросы вы сможете прочитать в конце работы. Тем самым мы хотим показать, что выигрывает не тот, кто отвечает на вопросы, а тот, кто их задает.

Вы начинаете преподавание хирургического метода в гинекологии. После ваших занятий слушатели должны выполнить любую операцию в акушерстве и гинекологии. Повествование будет идти как-бы от вас к слушателям.

Часть I. Информационная составляющая

Глава 1. Этические и правовые принципы хирургического метода в гинекологии.

С чего начинается операция? Ответы на этот вопрос могут быть самые различные: с мытья рук, обработки операционного поля, разреза и так далее.

Особое внимание следует обратить на психологическую подготовку пациентки к оперативному вмешательству.

Попробуем разобраться и ответить на этот вопрос. Перед Вами пациентка, которая имеет свой, только ей присущий социальный, моральный, интеллектуальный и физический статус. В раскрытии каждого из них лежит путь к очень важной составляющей для достижения полезного результата – выполнение оперативного вмешательства. Все вышеперечисленные статусы определяют способность пациентки к восприятию слов, фраз, мыслей врача. А эта способность у всех разная. Очень часто врач, не обращая внимания на этот аспект, в разговоре, в объяснении пациентке что он будет делать, что получит она в результате проведения операции, использует множество специальных терминов, понятий, которые весьма далеки от понимания их пациенткой. В данном случае это может вызвать у больной страх, недоверие к врачу, а иногда и отказ от так ей нужного оперативного лечения.

Где же выход? Он очень прост. Начиная со знакомства с пациенткой (фамилия, имя, отчество, возраст, профессия) врач обязан в беседе изучить для себя все вышеназванные статусы. Совершенно очевидно, что объяснить задачи, результаты операции врачу и строителю можно и следует по-разному. Задача врача акушера-гинеколога, на вдавываясь в медицинские подробности операции в целом, объяснить ее сущность как можно доступнее, учитывая все перечисленные выше статусы пациентки, как раз без использования специальных, непонятных для больной, медицинских терминов. Если цель достигнута в понимании пациенткой смысла операции, то вы сделали ее своим союзником и приобрели ее доверие.

Каждый человек любит себя, он значим для себя и оберегает себя. Всегда любая личность однозначно желает участвовать в процессе принятия решений, которые непосредственно касаются только его. Что вы скажите, как вы объясните ваши действия – от этого зависит эмоциональное состояние больной, вера во врача, уверенность в благополучном результате операции.

Что же надо говорить или не надо говорить пациентке? Принципиально напрашивается мысль – либо все, либо ничего. Представьте себе врача, который на, может быть для него, глупые или смешные вопросы пациентки многозначительно промолчит, или, хуже того, улыбнется или рассмеется. В этом он никогда не добьется понимания и доверия больной. Ее эмоциональное, моральное состояние будет подорвано, она потеряет душевное равновесие. Почему так важно не делать этого? Пациентка, которая эмоционально и морально готова к операции никогда после операции не преподнесет врачу сюрпризы в виде психоэмоционального криза. Независимо от того, понимает или не понимает пациентка ваши мысли и доводы, вы должны стремиться только к одному – сделать ее своей союзницей.

До того, как больная попала к вам, она прошла уже путь обследования, который для нее бывает очень непростым. И это врач-гинеколог должен попытаться использовать для получения доверия к себе и уверенности женщины в благополучном исходе операции. Необходимо каждый результат лабораторных, инструментальных и других исследований внимательно посмотреть перед ее глазами и, по возможности, прокомментировать. В настоящее время уровень оценки пациенткой проведенных ей исследований перед операцией значительно вырос.

На доступном ей уровне она всегда может отличить выход значения параметров исследования за пределы нормы. Тем более важно при отклонении параметров от нормы обсудить это с больной. После таких объяснений пациентка будет уверена, что ничего мимо внимания врача не прошло.

Далее – внутреннее исследование. Для врача-гинеколога – это повседневная, обыденная процедура, для пациентки – это событие.

Во время производства внутреннего исследования больная всегда сделает вывод не только о профессионализме врача в отношении к ней, но и об отношении к ней как к личности.

Небрежное или грубое исследование вряд ли укрепит её доверие к врачу.

Из этих далеко не мелочей состоит достижение полезного результата, а именно, обрести доверие женщины и сделать ее своим союзником. Чем меньше до операции остается для неё неизвестного, тем более уверенной будет чувствовать себя больная.

Пожалуй, есть неотвратимый вопрос пациентки перед операцией – вопрос о результате оперативного вмешательства. Чтобы дать ответ, давайте для себя обозначим понятие – что такое результат операции? Оказывается, это не такой простой и праздный вопрос. Здесь невозможно обойтись без обсуждения конкретной гинекологической патологии. Принципиально осознать разницу между органосохраняющими операциями, и операциями с удалением органа.

Первый пример – патология матки. Сюда, конечно, на первое место должна быть включена «ее величество» миома. И тут мы должны вернуться к статусам пациенток и на этот раз выделить её физический статус.

При данной, очень часто встречающейся патологии, самыми важными параметрами являются возраст и наличие или отсутствие менструальной функции. При удалении матки удаляется орган, который является органом-мишенью. Что же ждет данную пациентку после операции?

Для врача хирурга это вопрос, который требует знаний гинекологической эндокринологии. Очень длительное время женщина менструировала, в ее организме поддерживался четко запрограммированный эндокринный баланс. И за один момент (по отношению к менструальной функции) этот баланс перестает существовать. Следует помнить, что функциональные изменения после удаления органа мишени не наступят очень быстро. Организм и система регуляции некоторое время будут находиться в состоянии компенсации. Однако во времени изменения наступят, а за ними и клинические проявления.

Очень часто после удаления матки (органа-мишени) у пациенток появляются жалобы, подобные тем, что бывают при климактерическом синдроме.

Если об этом пациентку предупредить, то у неё не возникнет сомнения, что она должна наблюдаться у врача акушера-гинеколога. После удаления органа-мишени возникает со временем клиника невроза, гипертонических кризов и так далее. Поэтому данные больные пытаются найти помощь и наблюдаются у наших коллег терапевтов и невропатологов. Последние очень часто назначают чисто симптоматическое лечение. Поэтому необходимо при обсуждении результатов операции ориентировать пациентку на то, что при появлении типичных жалоб следует обратиться к врачу акушеру-гинекологу.

И далее, по поводу удаления матки. В методиках операций при надвлагалищной ампутации матки есть существенные особенности.

Первая – это оставление небольшой части эндометрия. В результате подобной методики у пациентки возможна скудная менструально-подобная реакция, что трактуется больной как кровотечение и как некачественно сделанная операция.

Вторая – это надвлагалищная ампутация матки, выполненная с подшиванием культи придатков к культе шейки матки. Исходя из принципов этики и деонтологии для врача акушера-гинеколога женской консультации следует акцентировать внимание на данную методику операции в выписке из истории болезни, а иначе к врачу-хирургу обязательно будут присы-

лать пациенток из женских консультаций, так как они при внутреннем исследовании трактуют пальпируемые образования над культей шейки матки как культит.

Не в меньшей мере вопрос о возможном изменении менструального цикла касается и операций на яичниках. В зависимости от объема (овариоэктомию или резекция яичника) такие изменения могут быть различными по интенсивности. И об этом обязательно следует информировать пациентку.

Наиболее сложный ответ на вопрос о результате операции ждет врача гинеколога после выполнения органосохраняющих операций (консервативная миомэктомию, на маточных трубах при бесплодии).

Здесь в плане обсуждения результатов возникает понятие о тактических и стратегических результатах.

Давайте разберемся. Возьмем конкретную патологию и операцию – миома матки, бесплодие, консервативная миомэктомию.

В последнее время с широким применением метода лапароскопии расширились показания и, в связи с этим, увеличилось количество операций у пациенток с диагнозом миома матки, бесплодие. В показаниях к операции постоянно стоит один и тот же диагноз. Казалось бы, нет вопросов. Однако, надо серьезно задуматься: действительно ли этот узел или множество узлов ведут к бесплодию? Или, по-другому, – если все их удалить, женщина забеременеет?

Вот здесь и надо четко объяснить себе и пациентке, что такое тактический и стратегический результат.

Итак, тактический.

При операциях на матке, удаляя узел или несколько узлов, мы, тем самым, выигрываем время (учитывая возраст) для сохранения такого важного органа. Конечно, патология миома матки, с точки зрения этиопатогенеза, никогда не лечится хирургическим методом, но, оставляя матку, мы оставляем в равновесии систему эндокринной регуляции.

При патологии маточных труб (гидросальпинкс, сактосальпинкс, непроходимость маточных труб в различных отделах), при производстве операции по восстановлению проходимости, врач-гинеколог, с большой степенью вероятности, решает задачу профилактики образования мешотчатых образований, при нагноении которых следствием будет удаление маточной трубы.

Достижением стратегического результата будет желание женщины стать матерью. Таким образом тактический и стратегический результаты являются последовательными и не противоречат друг другу.

И именно это врач должен объяснить пациентке, что в будущем не вызовет сомнения у женщины при отсутствии стратегического результата.

Тактический и стратегический результат будет однозначным при миоме матки с подслизистым расположением узла (узлов), так как результат виден сразу после операции – это отсутствие кровотечений.

Вопрос от пациентки (тоже для нее совсем не праздный): каким доступом будет выполняться операция (лапаротомия или лапароскопия)? Здесь врач-хирург должен очень серьезно для себя проанализировать преимущества и недостатки методов – как при производстве операции, так и в течении послеоперационного периода. После принятия решения объяснить пациентке простыми, доступными фразами, чем определяется именно такой его выбор.

Ну и, наверное, наиболее часто встречающийся вопрос о результатах операции – это буквально такой: «Какая вероятность, что я после проведения операции забеременею?». Вроде вопрос простой. Да, действительно, при определенной локализации миоматозных узлов, мест непроходимости маточных труб, существует статистика достижения результатов. Но так ли важна статистика результатов при той или иной патологии для пациентки? Конечно, можно привести данные статистики, но избавим ли мы ее от сомнений в успехе операции, которая ей предстоит?

За долгие годы общения с подобными пациентками выработана фраза, которая касается процентов результата после проведения оперативного вмешательства. Вспомните, что мы уже обсуждали, как относится пациентка к самой себе. Поэтому фраза звучит следующим образом: «Это для меня, врача, могут быть проценты желаемого результата при данной патологии, а для Вас всегда 100%. Вы забеременели – 100%, не удалось добиться последней – тоже 100%».

После этого женщина никогда не подумает, что Вы завышаете процент желаемого результата. А самое главное, она до конца будет уверена, что она для врача личность, а не процент в его деятельности.

Есть множество вопросов, на которые врач затрудняется ответить пациентке разумно. Это связано с тем, что часто вопросы от пациентки возникают в связи с отсутствием у неё специальных знаний.

При данной ситуации врач должен уходить от таких вопросов, так как чаще всего ответы на них не имеют принципиального значения в достижении полезного результата операции.

Вопросы этики очень важны, но они не стоят обособленно. Они тесно связаны и исходят из правовых норм.

Правовые основы определяются законами Российской Федерации, приказами, Постановлениями Правительства. Знание последних для врача необходимо, так как его деятельность находится в правовом поле. Врач неукоснительно обязан соблюдать их, помня, что в случае возникновения конфликтных ситуаций именно законодательные акты являются основой для выяснения правоты или вины врача при судебных разбирательствах.

Основные правовые акты приведены ниже. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»; Приказ МЗ и СР РФ от 26 сентября 2011 г. №1074н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. №597н»; Приказ МЗ и СР РФ №223 от 30 марта 2006 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации»; Приказ МЗ и СР РФ №808н от 2 октября 2009 г. – «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»; Приказ МЗ и СР РФ №220 от 29.03.2006 г. «О перечне высокотехнологичной акушерско-гинекологической помощи»; Приказ МЗ и СР РФ №243н от 16 апреля 2010 г. «Об организации оказания специализированной медицинской помощи»; Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»; Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 01.09.2011 г. №800 «О единой тактике диагностики и лечения неотложных состояний в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в государственных учреждениях города Москвы».

Следует помнить об информированном согласии пациентки перед операцией методом лапароскопии. Здесь пациентке объясняется и берется её согласие, что при возникновении осложнений (например, кровотечения, угрожающем её жизни), врач имеет право и обязан перейти на операцию лапаротомии. Таким образом, владение врачом методом лапаротомии, является обязательным условием при допуске врача к производству операций лапароскопическим доступом. При этом берется письменное согласие у пациентки.

В приказах и перечнях, регламентирующих оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи хирургическое лечение, а, стало быть, хирургический метод является одним из важнейших и весомых.

Ключевые вопросы и задания.

1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11

Глава 2. Анатомия (нормальная, топографическая), кровообращение органов малого таза.

Есть огромное количество дисциплин, знание которых врач использует в своей практической деятельности. Но, пожалуй, ни одна из них не имеет такого важного и решающего значения, как знание анатомии.

Вашей задачей является не подробное изучение таких дисциплин как нормальная, топографическая и патологическая анатомия. Ваша задача определить для слушателей практическое применение этих знаний в деятельности врача-хирурга.

В настоящее время имеются учебники, руководства, атласы, в которых всеобъемлюще дана информация по данным дисциплинам. Попробуем констатировать принципы, которые определяют значение данных дисциплин.

Нормальная анатомия носит описательный характер. Название органов, их расположение, конечные точки отхождения и прикрепления образований даются по отношению к костным структурам, которые являются ориентирами. Подобные знания очень важны, однако при проведении хирургической операции врач только умозрительно может использовать их. Хирург не может видеть данные ориентиры и опознавательные точки, так как все они покрыты тканями. Оперирующий врач не видит скелета и, следовательно, не может строить расчет своих действий на этих знаниях. Эти знания необходимы для общего, конкретного представления о наличии местонахождения, размеров, органов и тканей в области, где производится оперативное вмешательство. Знания нормальной (описательной) анатомии дают лишь общие представления о местоположении органов и возможность общения между коллегами. Преподаватели нормальной анатомии, что является очевидным, знают этот предмет лучше, чем врачи-хирурги. Однако оперировать они не могут.

Ниже, на рисунках, приведены данные об органах и образованиях области малого таза, которые являются объектами хирургических манипуляций врача акушера-гинеколога (рис. 1).

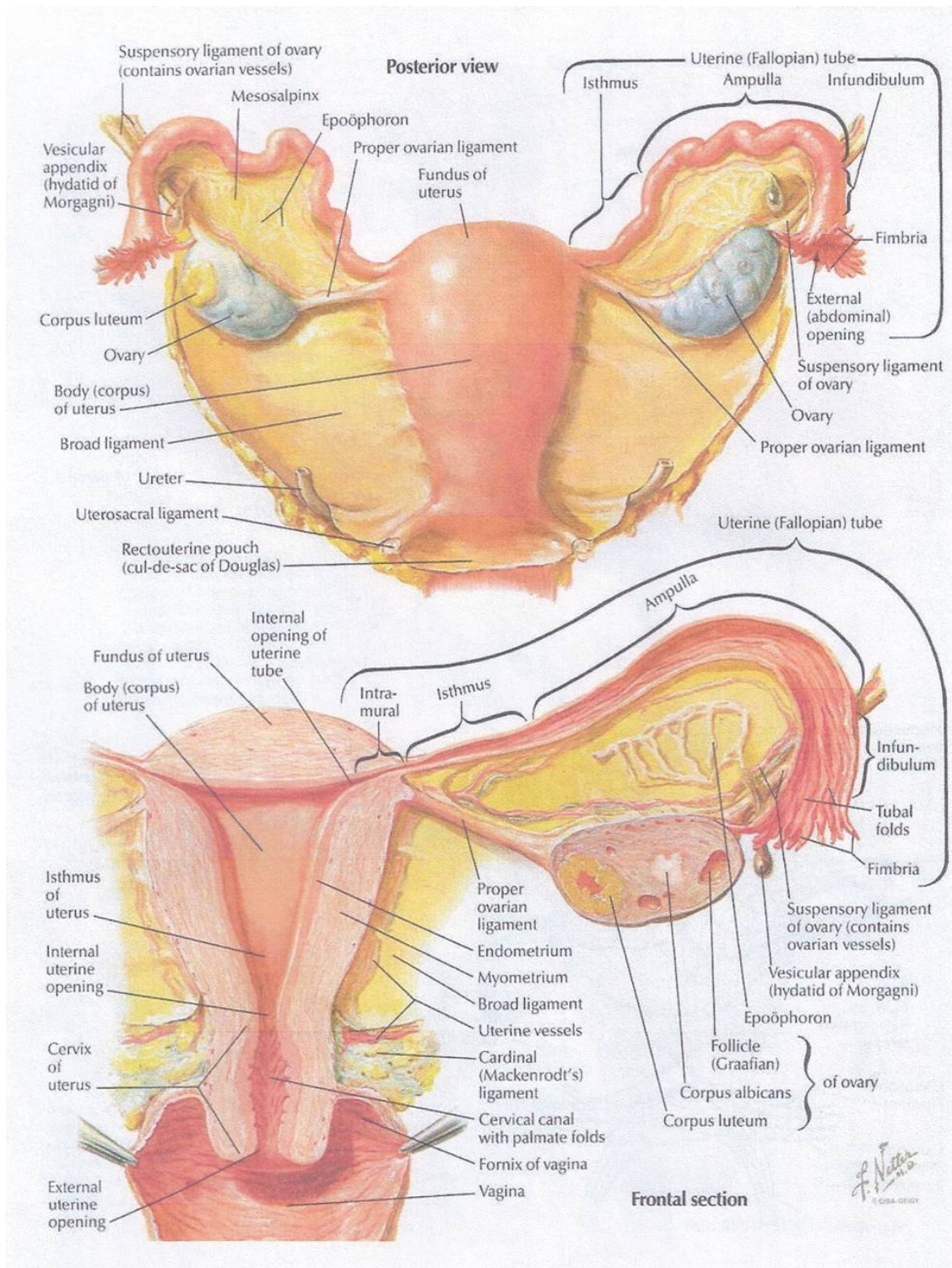


Рис. 1 Матка с придатками (вид сзади, фронтальный разрез по Р.Д. Синельникову).

Давайте теперь определимся с топографической анатомией. Здесь значение знаний данной дисциплины для врача-хирурга непомерно возрастают в прикладном подходе. Информация о взаиморасположении органов, образований и тканей, их пространственных взаимоотношениях друг с другом позволяют рассчитывать действия оперирующего врача для достижения полезного результата без получения осложнений – это взаиморасположение матки, мочевого пузыря, различных отделов кишечника, ход мочеточника, наличие клетчаточных пространств малого таза, расположение и направление хода сосудов, кровоснабжающих органы малого таза.

Данными знаниями хирург обязан пользоваться при выборе инструментов, выполнении хирургических приемов.

Информация о взаимоотношении органов и тканей несет за собой более объективный характер, чем просто констатация их расположения. Особое значение приобретают опознавательные точки и ориентиры, которые врач-хирург может оценить визуально. Данные знания уже позволяют рационально определить последовательность действий врача акушера-гинеколога с использованием хирургических инструментов. Знания топографической анатомии – это как бы второй шаг к выполнению оперативного вмешательства. И все-таки обладание знаниями как нормальной, так и топографической анатомии носит в себе статический характер. А если попробовать найти принцип, который объединит знания нормальной и топографической анатомии.

Таким образом, значение знаний анатомии в названии, расположении, размеров, взаиморасположения органов, места прикрепления связок, наличие сосудов очень важно, но должно преломляться хирургом во времени. Это и даст наиболее полный и объективный подход к использованию хирургического метода с точки зрения методологии и технологии выполнения хирургического вмешательства.

Краеугольным вопросом для хирурга является вопрос о кровоснабжении органов и тканей. При любой операции всегда пересекаются сосуды.

Надо помнить: несмотря на то, что операция делается во благо больной, все равно это очень серьезная агрессия со стороны врача. Именно ставя во главу угла этот принцип, попытаемся обозначить вопросы прикладного характера для врача-хирурга. На данных рисунках показано кровоснабжение органов малого таза (рис. 2).

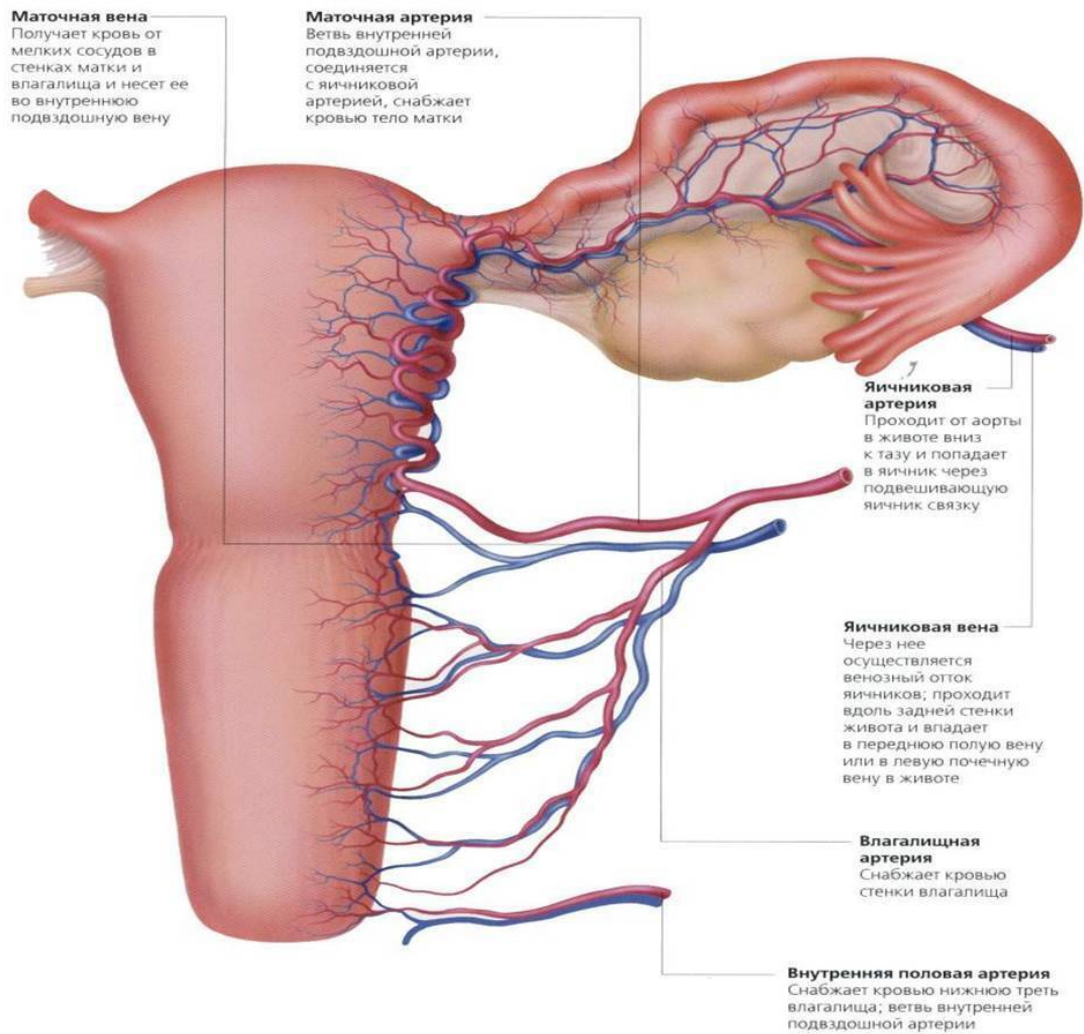


Рис. 2 Кровоснабжение органов малого таза (по Ю.Л. Золотко).

Следует помнить, что сосуды никогда не бывают открытыми, то есть, они не видны, так как проходят в определенных пространствах и образованиях.

При рассмотрении рисунка сразу бросается в глаза наличие большого количества коллатералей (рис. 3).

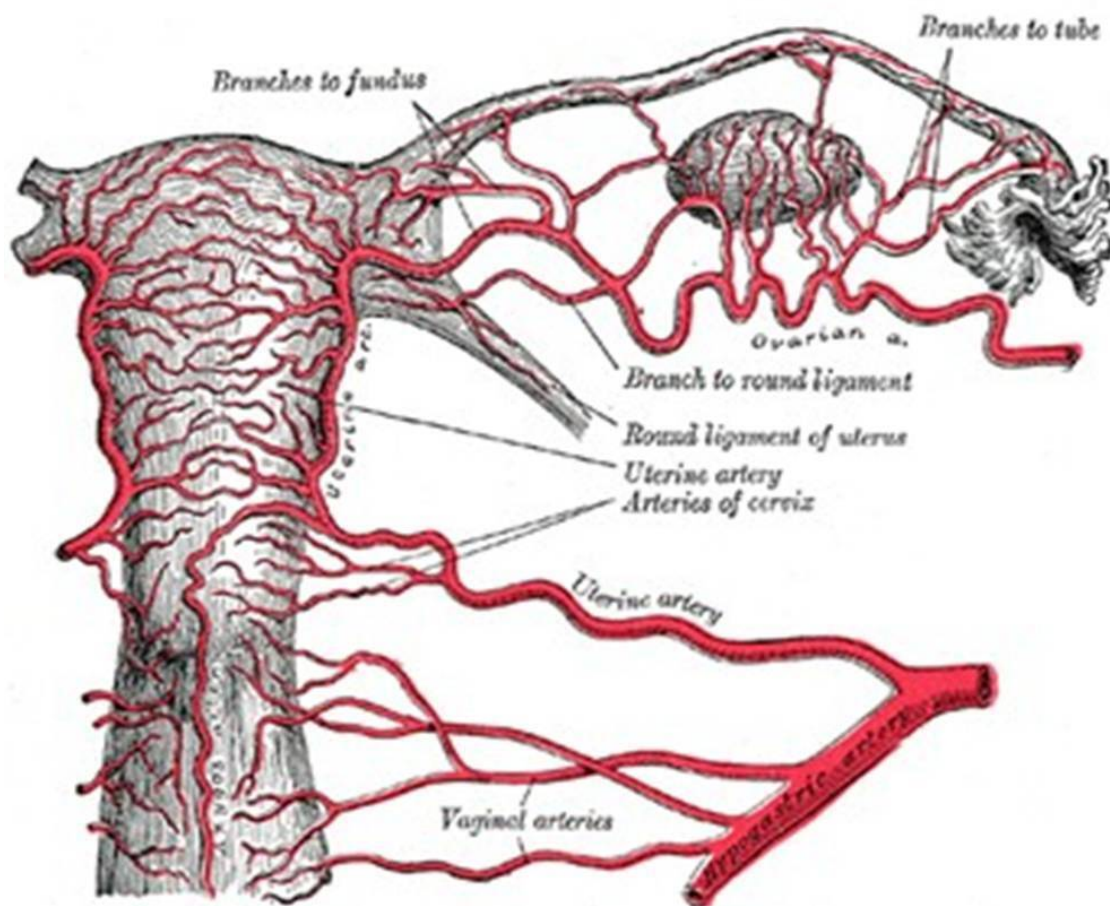


Рис. 3 Кровоснабжение органов малого таза (по Ю.Л. Золотко).

Это дает возможность при пересечении даже магистральных стволов не потерять кровоснабжение органов или тканей после выполнения оперативного вмешательства. Следует учитывать также преимущественное кровоснабжение от той или иной ветви.

Все эти подходы к знаниям анатомии (включая кровоснабжение) дают возможность хирургу использовать их при выполнении операции с благоприятным прогнозом в послеоперационном периоде. Учитывая важность и опасность ранения мочеточника отдельно опишем его ход.

После того как мочеточник отошел от боковой стенки таза вперед и внутрь, он лежит в основании широкой связки и идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, затем подходит к шейке матки на расстоянии 2-3 см от ее ребра, перекрещивает маточную артерию, которая проходит над мочеточником.

Проходя в косом направлении от стенки таза к шейке матки, мочеточник залегает в толще связки Макенродта (поперечная связка шейки матки). После перекреста с маточной артерией мочеточник идет кпереди и кнутри, минует шейку матки, соприкасаясь с передней стенкой влагалища и входит в мочевой пузырь (рис. 4).

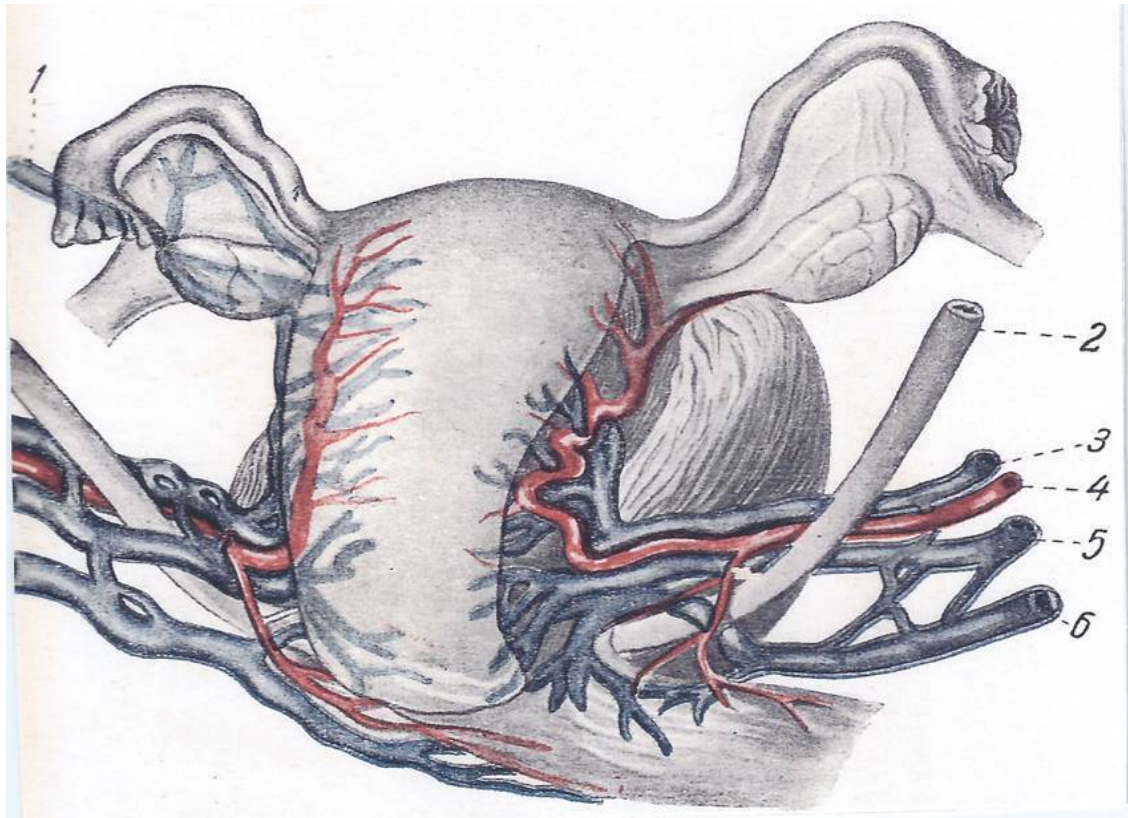


Рис. 4 Топографические отношения между мочеточником и сосудами матки и влагалища (по Л. С. Персианову)

1 – v.spermatica; 2 – верхние вены матки; 3 – верхние вены матки; 4 – art. uterine; 5 – глубокие маточные вены; 6 – каудальный участок влагалищных вен.

В данной главе приведена информация по поводу анатомии (нормальной, топографической) и кровоснабжение органов малого таза. Данная информация должна быть предоставлена слушателями преподавателю в письменной форме.

Ключевые вопросы и задания

1; 2; 3; 4; 5;

Глава 3. Ход брюшины

Продолжая тему анатомии, рассмотрим ход (расположение) брюшины.

Чем же вызвано такое внимание к этому вопросу? Что видит хирург при вскрытии брюшной полости?

Все органы брюшной полости покрыты брюшиной. Врач не видит магистральных сосудов, клетчаточных пространств, лимфоузлов. Все покрыто брюшиной, которая скрывает их месторасположение. Для того, чтобы выполнить операцию по удалению органа, без манипуляций с брюшиной никак не обойтись.

Рассмотрим ход (расположение) брюшины (рис. 5).

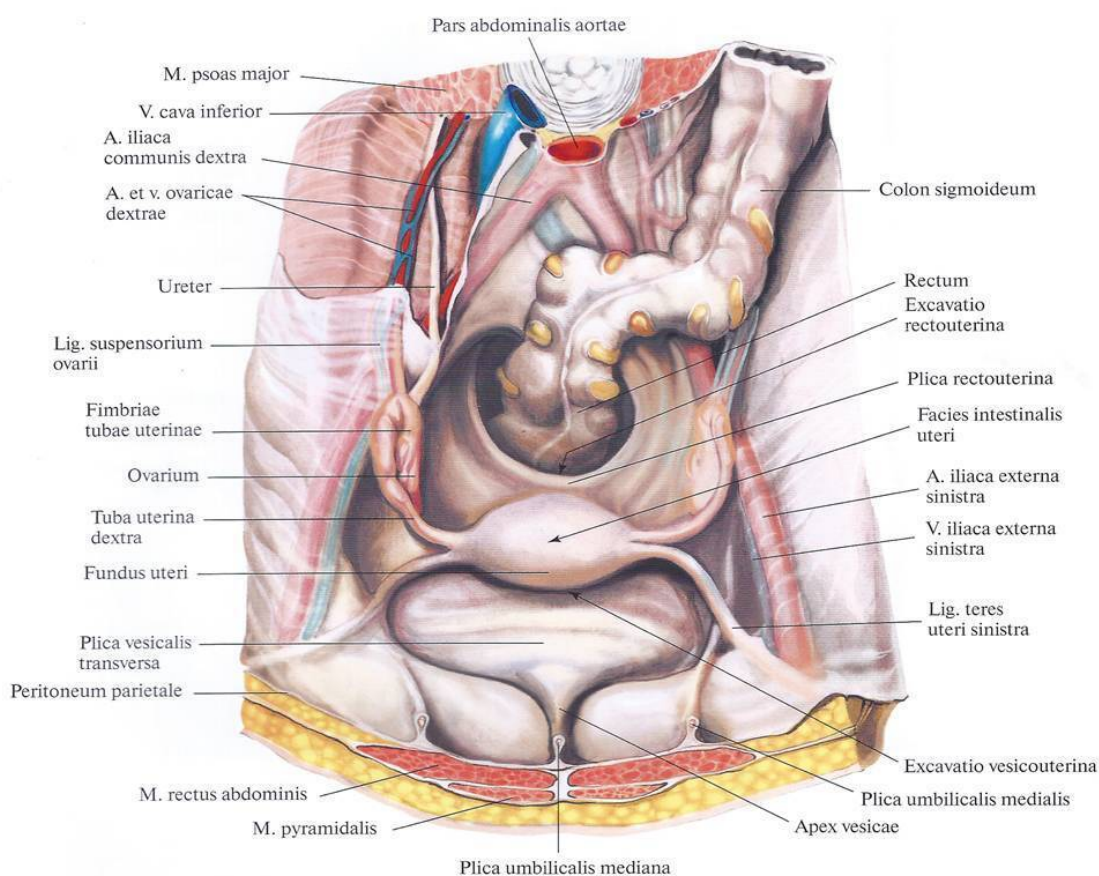


Рис. 5 Ход брюшины и её отношение к органам малого таза (по Р. Д. Синельникову).

Париетальная брюшина с передней брюшной стенки опускается в малый таз, переходит и покрывает дно мочевого пузыря, переходя на матку, образуя пузырно-маточную складку, покрывает матку с переходом на заднюю поверхность ниже шейки матки, покрывает задний свод влагалища с переходом на прямую кишку, образуя прямокишечно-маточное углубление (Дугласово пространство). Слева и справа брюшина покрывает круглую связку матки, переходит на собственную связку яичника и маточную трубу, образуя широкую связку матки, переходит кзади, образуя задний листок широкой связки. При переходе к собственной связке яич-

ника на маточную трубу образует брызжейку маточной трубы (мезосальпинкс). Также с двух сторон брюшина покрывает и подвешивающую связку яичника.

Знание хода брюшины для хирурга, безусловно, очень важно. Следует обязательно разобрать вопрос что находится под брюшиной – пространства малого таза. (рис.6)

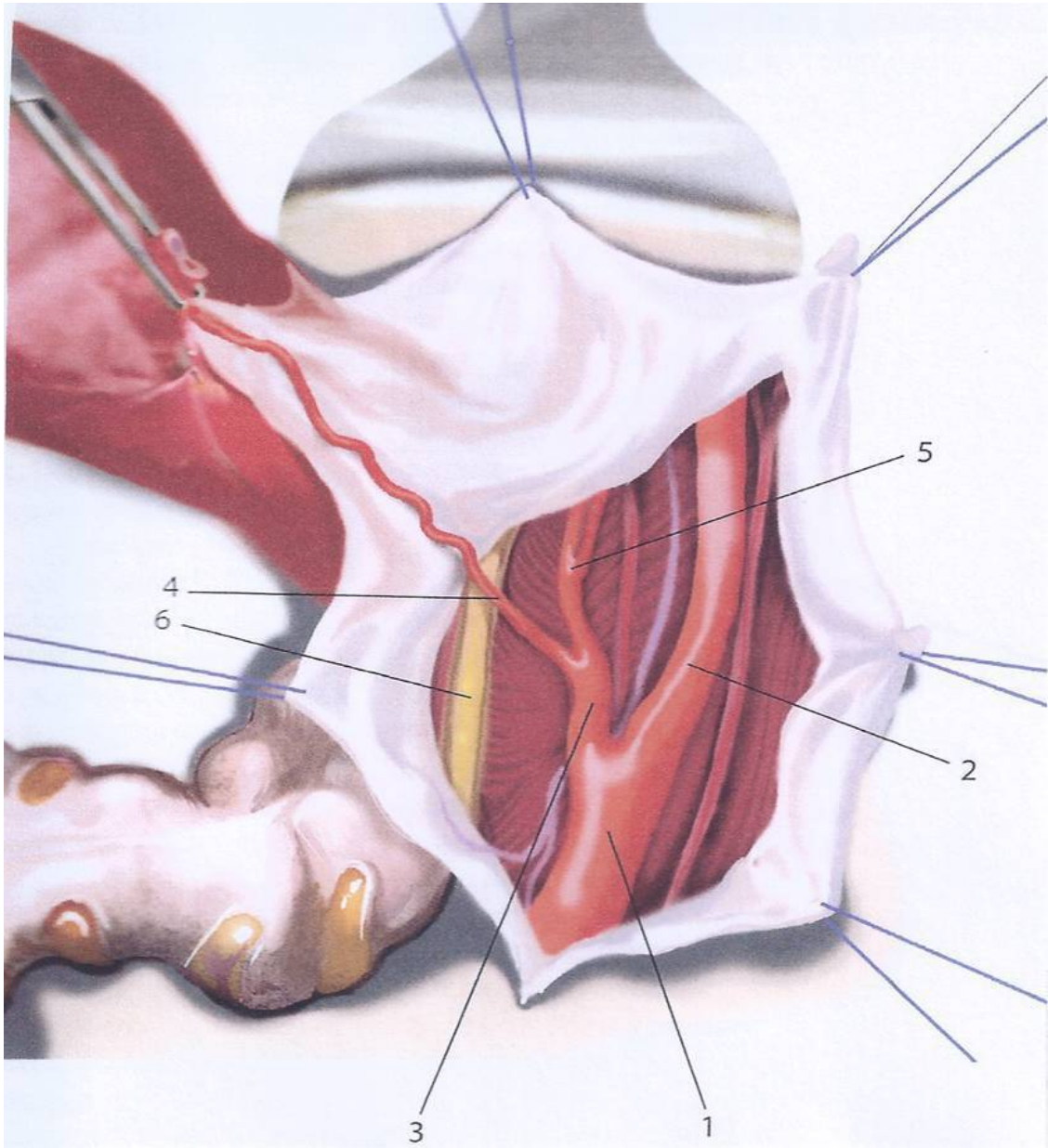


Рис. 6 Анатомия забрюшинного пространства(по В.И. Краснопольский).

1 – общая подвздошная артерия; 2 – наружная подвздошная артерия; 3 – внутренняя подвздошная артерия; 4 – маточная артерия; 5 – пузырная артерия; 6 – мочеточник.

Рассмотрим эти пространства.

Самым значимым для хирурга являются боковые, переднее и заднее клетчаточные пространства, где проходят маточные сосуды, мочеточник и, близко располагающийся, мочевой

пузырь. Здесь особенно важно, что клетчаточные пространства ограничены листками брюшины, которые подвижны по отношению к органам и связкам.

Именно подвижность листков дает возможность при их вскрытии выйти к маточным сосудам, правильно выбрать инструмент и место его наложения на связки матки, а также свести к минимуму опасность повреждения полых органов (мочевой пузырь и мочеточник).

Стоит еще отметить, что количество клетчатки в пространствах малого таза неодинаково. Большое количество клетчатки находится в боковых, заднем и далее в передних пространствах.

Эта особенность объясняет наличие боковых и задних параметритов и дает возможность их вскрытия при гнойном воспалении через влагалищные своды.

Вспомнив об осложнениях, следует еще раз особо обратить внимание на ход мочеточника, который располагается за брюшиной.

После того, как мочеточник отошел от боковой стенки таза вперед и внутрь, он лежит в основании широкой связки и идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, затем подходит к шейке матки на расстоянии 2-3 см от ее ребра, перекрещивает маточную артерию, которая проходит над мочеточником.

Проходя в косом направлении от стенки таза к шейке матки, мочеточник залегает в толще связки Макенродта (поперечная связка шейки матки). После перекрещивания с маточной артерией мочеточник идет кпереди и кнутри, минуя шейку матки, соприкасаясь с передней стенкой влагалища и входит в мочевой пузырь. Данные знания помогут нам в дальнейшем разобраться в выполнении операции надвлагалищной ампутации и экстирпации матки (рис.7).

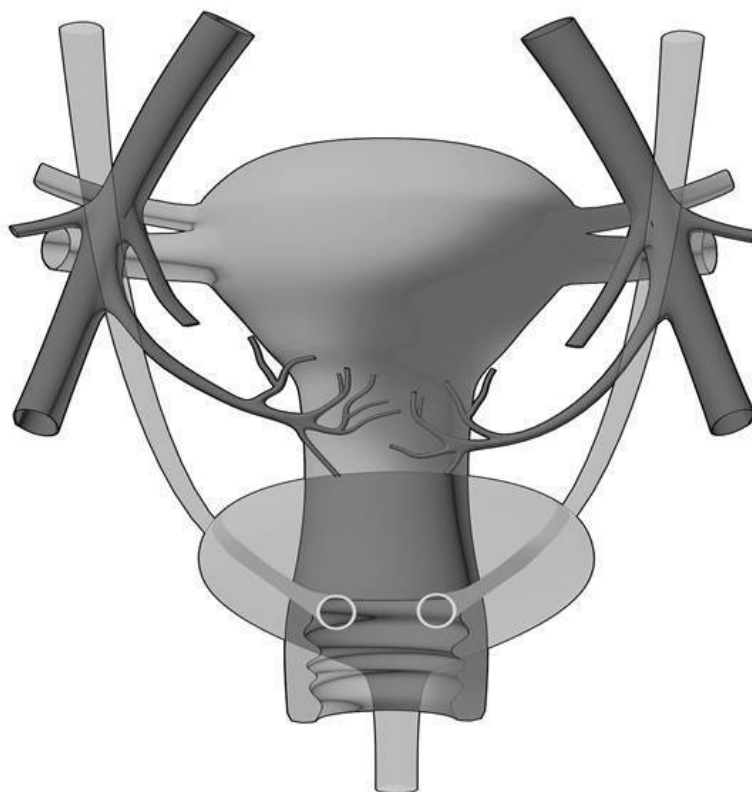


Рис. 7 Топография мочеточника

Все как бы определено с точки зрения информации о ходе брюшины и наличие забрюшинных пространств.

Ключевые вопросы и задания.

1; 2; 3; 4

Глава 4. Хирургический шов; узловатый, непрерывный швы.

Теперь вы переходите к рассмотрению вопроса хирургических швов и шовного материала. При выполнении операции ни одна манипуляция не производится так часто, как прошивание и завязывание нити.

Перечислим некоторые хирургические швы: отдельные узловатые, по Доннатти, матрасный шов по Алльгеверу, внутренний шов, кисетный шов и т.д. Хирургические швы описаны в многочисленных руководствах.

Принципиально следует выделить два вида швов: отдельный и непрерывный.

Что же шьется отдельными швами: кожа, подкожная клетчатка, пересеченные связки, маточные сосуды, культя шейки матки. Мы сознательно опустили описание, как прошивать апоневроз. Здесь вы опускаете нюанс как прошивать апоневроз, особенно при разрезе по Пфанненштилю.

При прямом разрезе апоневроз шьется отдельным швом. Характеристика шовных материалов описана в руководствах, методических рекомендациях и составляет самостоятельную работу слушателей в подаче информации преподавателю.

Ключевые вопросы

1; 2; 3; 4

Глава 5. Хирургические инструменты.

Что же отличает хирургическую специальность от остальных? Во всей медицинской деятельности врач использует знание анатомии, терапии, фармакологии, лабораторной диагностики и так далее. Когда же наступает перевоплощение любого врача во врача-хирурга, что является определяющим фактором? Конечно, хирургические инструменты. Давайте проведем параллель с музыкой.

Хирургические инструменты – это клавиши музыкального инструмента, хирург – музыкант. Каждая клавиша музыкального инструмента соответствует определенной ноте, сочетание различных клавиш рождает мелодию, которая становится музыкальным произведением.

Только хирургические инструменты дают возможность выполнения операции. Все мы видели сколько в наличии этих «клавишей» на столике у операционной сестры.

И все эти инструменты появлялись во времени, в зависимости от поставленных задач и достижения полезного результата при манипуляциях на внутренних органах.

Очень интересно: когда, как и почему появлялись новые инструменты. Этот вопрос очень глубок и требует серьезного изучения.

Ваша задача на данном этапе констатировать наличие хирургических инструментов и их название, которые используются в ходе оперативного пособия.

Инструмент – это предмет, устройство, используемое для усиления возможности руки производить то или иное действие в целях достижения полезного результата.

Итак, классификация. Что известно?

Все медицинские инструменты можно разделить на:

1) Общехирургические инструменты, представляющие собой совокупность инструментов, приспособлений, устройств, предназначенных для выполнения хирургических операций независимо от узкой специальности.

2) Специальные хирургические инструменты, применяющиеся только для оперативных вмешательств на определенных органах человека, т.е. в специальных областях хирургии (гинекология, офтальмология, травматология и т.д.).

По функциональному значению можно выделить 5 групп:

1) Колющие – предназначены для проколов, через которые можно вводить трубки, дренажи, шовный материал.

2) Режущие – возможно рассечение тканей, вскрытие абсцессов, иссечение опухолей, наложение швов и т.д. (рис. 8 и 9).

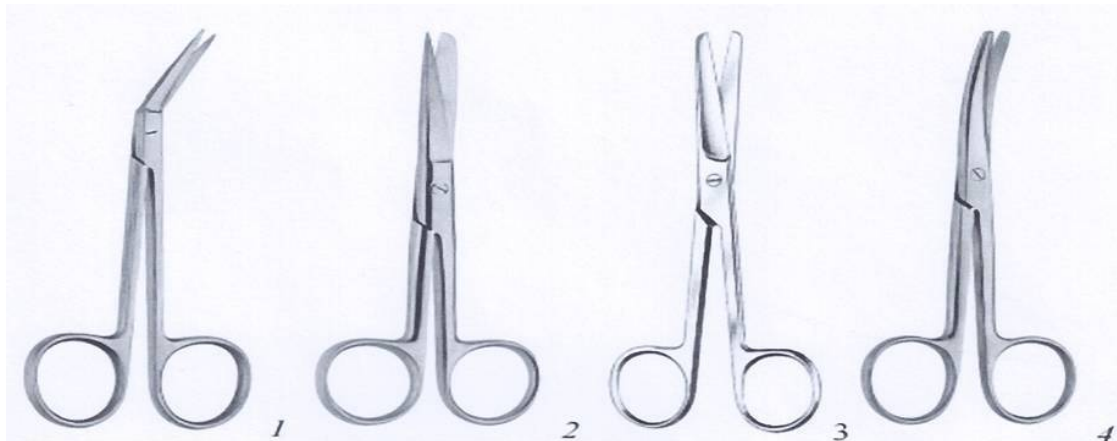


Рис8. Набор ножниц

1 – ножницы изогнутые по оси (Рихтера); 2 – ножницы прямые остроконечные; 3 – ножницы прямые тупоконечные; 4 – ножницы изогнутые по плоскости (Купера)

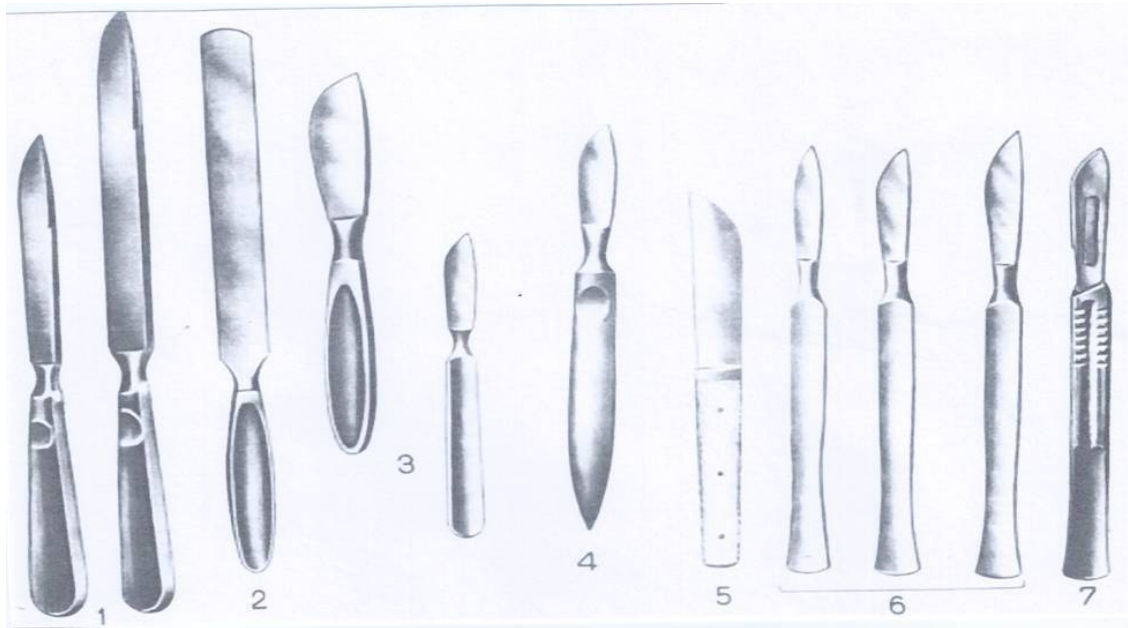


Рис. 9 Набор скальпелей, ампутационных ножей

1 – малый и большой ампутационные ножи; 2 – мозговой нож;
3 – резекционные ножи; 4 – нож Эсмарха; 5 – нож для фаланг пальцев; 6 – остроконечные и брюшистые скальпели; 7 – брюшистый скальпель со съемным лезвием

3) Зажимные – применяются для остановки кровотечения, фиксации тканей, пережатие органов при их резекции (рис. 10).





Рис. 10 Набор кровоостанавливающих зажимов.

1 – зажим зубчатый (Кохера); 2 – зажим Холстеда; 3 – зажим типа «москит»; 4 – зажим с овальными губками (Пеана); 5 – зажим с длинными губками без зубцов (Бильрота); 6 – зажим Микулича

4) Расширяющие и оттесняющие – осуществляется расширение ран, оттеснение органов с целью их защиты, создание операционного поля на различных этапах оперативного пособия (рис.11).



Рис. 11 Набор инструментов для лапаротомии.

1 – речный ранорасширитель по Госсе; 2- ранорасширитель Коллина; 3 – ранорасширитель хирургический по Кохеру; 4 – шпатель Ревердена

5) Зондирующие и бужирующие – предназначены для создания и исследования узких ходов и их бужирования с целью увеличения просвета, а также, для создания условий для применения иных инструментов (медицинские аборты, выскабливание полости матки).

Сравним инструменты по форме рабочей части:

1. Прямые;
2. Изогнутые;
3. С зубцами;
4. С насечкой;
5. Остроконечные;
6. Тупоконечные.

Также хирургические инструменты различаются по непосредственному участию в хирургической манипуляции:

1. Основные – непосредственно контактируют с органом и тканями.

2. Вспомогательные – используются для закрепления операционного белья, передачи материалов и инструментов.

По кратности применения можно выделить:

1. Многократного применения;
2. Однократного применения.

По автономности (требуют или нет постоянного контроля рукой хирурга):

1. Автономные – с кремальерой;
2. Требующие постоянного контроля.

В вопросе характеристики хирургических инструментов слушатели должны представлять и знать названия инструментов. Это полностью отвечает требованиям к знанию хирургических инструментов.

Вы уже сейчас отметили, что в изложении данного вопроса к информационной составляющей добавляется аналитическая.

Ключевые вопросы и задания

- 1; 2; 3; 4; 5

Глава 6. Приемы, применяемые на операциях.

Разобрав вопросы анатомии, изучив группы инструментов, хирургический шов, мы можем перейти непосредственно к хирургическим приемам, которыми хирург пользуется при выполнении хирургического пособия.

Изучая инструменты, мы говорили, что это клавиши, а хирург – музыкант. Что же является первым шагом для создания мелодии – это приемы, которые хирург использует при выполнении оперативного вмешательства.

Оперативные приемы – это непосредственные действия хирурга на объекте оперативного вмешательства.

Что видит начинающий хирург на операции? Нагромождение действий, которые он никак не может осмыслить и связать в целое. На вопрос: сколько имеется приемов в хирургии, также слышишь нагромождение ответов: разрезать, расширить, отодвинуть, зажать, вытащить, взять на щипцы, разделить, иссечь, проколоть, прошить, фиксировать, перевязать, скоагулировать, распределить, прозондировать, рассечь, взять материал, сместить и т.д., и т.п. В принципе все эти приемы используются на операции (мы их насчитали около двадцати). Этот список можно и продолжить.

При рассмотрении данного вопроса очень тяжело, а вообще практически невозможно уйти от аналитической составляющей. Поэтому следует систематизировать этот перечень и привести его в порядок, который основывался на каком-то правиле или принципе.

Одним из таких принципов является деление приемов на основные и вспомогательные. И раз такой принцип выбран, попробуем дать определение: что такое основные и вспомогательные приемы. Задача – отбросить полумеры и оставить естество.

Дадим определение основных приемов.

Совершенно очевидно, что основными будут являться те приёмы, без применения которых невозможно выполнить ни одну хирургическую операцию, вне зависимости от хирургической ситуации.

При непростом анализе мы получим следующий ответ:

1. Разрезать;
2. Пережать;
3. Пересечь;
4. Прошить;
5. Перевязать.

Это и будут основные приемы.

Действительно, выбранный принцип невозможности выполнения операции без использования этих приемов очевиден. Да, без них нельзя и невозможно!

А вспомогательные? Вспомогательные приемы способствуют и создают условия для выполнения основных. Вот так мы, исходя из выбранного принципа, ликвидировали простое нагромождение фактических приемов и дали повод для осмысления и рационального использования последних. Более того, разделив все приемы на основные и вспомогательные, мы сразу увидели различие в технических трудностях их выполнения хирургом.

Итак, пять основных приемов. Всего лишь пять. Как все просто! Проучившись 6 лет в университете и 2 года в ординатуре, как любой школьник, мы безо всяких трудностей, казалось бы, можем выполнить данные приемы. Ну, действительно, кто из нас не сможет разрезать, пережать, пересечь, прошить и завязать? Правильно – все.

Но как разрезать, где и чем пережать, как и где пересечь, как прошить и перевязать? На решение этих вопросов уходят годы, а некоторым хирургам не хватает и жизни. Вот та главная задача, которую вы должны разрешить.

Ключевые вопросы и задания

1; 2; 3; 4

Глава 7. Разрезы, применяемые на гинекологических операциях.

Рассматривая этот вопрос вы должны на данном этапе вроде бы перечислить различные разрезы, применяемые при производстве операций в гинекологии и этим и ограничиться. Опять-таки, все эти сведения даны в атласах, руководствах, в учебно-методических пособиях.

Разрезы при лапаротомии делятся на две группы:

- 1) продольные;
- 2) поперечные.

Здесь опять слушатели после проведения самостоятельной работы дают вам характеристику различных разрезов, применяемых при выполнении гинекологических операций. Все это должно подготовить обучающегося к вопросу выбора разреза и что он определяет или формирует.

Этому очень важному вопросу вы посвятите изложение в аналитической доказательной составляющей.

Ключевые вопросы

1; 2

Глава 8. Опасности при проведении гинекологических операций, ревизия органов брюшной полости

Разберем опасности при выполнении гинекологических операций. Вообще сам термин «опасность» – очень эмоциональный.

Попробуем уточнить его. Опасность при оказании оперативного вмешательства – это предполагаемые осложнения. Перечислим их: ранение мышц, полых органов (петли кишечника, мочевого пузыря, мочеточники), сосудистых пучков – это касается выполнения хирургических приемов при производстве операции. Есть еще и предполагаемые осложнения в послеоперационном периоде: кишечная непроходимость, эвентрация, послеоперационная грыжа, расхождение послеоперационного шва, гематома различной локализации, внутрибрюшное кровотечение после операции, нагноение послеоперационного шва, тромбоз и тромбоэмболия.

Все хирурги знают и помнят случаи оставления инородных тел (салфеток, инструментов) в брюшной полости. Именно поэтому ревизия брюшной полости должна производиться очень тщательно. В первую очередь, это оценка надежности гемостаза. Ни единого сомнения в том, что все лигатуры на сосудистых пучках и образованиях (связки) лежат надежно, не должно быть ни у хирурга, ни у ассистентов. Игнорирование этого может привести к серьезным осложнениям и даже к летальному исходу. По окончании ревизии брюшной полости хирург обязан получить рапорт операционной сестры о наличии всех салфеток и «метровок». Только после этого врач может приступить к послойному ушиванию операционной раны.

Особого внимания заслуживает вопрос о распознавании дессерозированных поверхностей на петлях кишечника во время операции. Это особенно важно и трудно при наличии выраженного спаечного процесса. При данной хирургической ситуации ревизия органов брюшной полости должна быть особенно тщательной и при малейшем сомнении решение всегда должно приниматься коллегиально с врачом-хирургом. Здесь же нужно подумать об установке дренажей, предполагая выраженную продуктивную реакцию при воспалительном процессе.

Только при соблюдении данных правил врач-хирург может закончить операцию.

Ключевые вопросы и задания

1; 2; 3; 4; 5

Глава 9. Характеристика расширителей, зеркал, тупферов.

В данном аспекте следует констатировать название расширителей (острых и тупых), зеркал, тупферов. И в данном случае преподаватель проверяет результаты самостоятельной работы слушателей.

Преподавание информационной составляющей не вызывает трудностей. Действительно, всё, что требуется в информационных знаниях описано во множественных руководствах, атласах, статьях и учебниках. Задачей преподавания является лишь определить темы либо вопросы, которые слушатели должны отработать. Желательно, чтобы информация была преподнесена на бумажном носителе. Это позволит преподавателю определить не только глубину информации, но и оценить умение слушателя работать с литературой. Поэтому предоставление источников обязательно и очень важно. К сожалению, современная методика преподавания хирургического метода этим и ограничивается. Нас вполне устраивают ответы слушателей, констатирующие как называется инструмент, чем кровоснабжается тот или иной орган малого таза, анатомические взаимоотношения последних и отношением к кишечнику, ход брюшины и мочеточника, а также название приёмов. Действительно без этого невозможно двигаться дальше, а именно понять выполнение оперативного пособия в целом.

После изучения вышеперечисленных аспектов мы начинаем показывать операции либо на видео, либо на своих операциях. Главной рекомендацией является принцип – смотри и повторяй. В этом, по нашему мнению, заключен главный порок. Нельзя выполнить дважды одну операцию на одной пациентке. Действия хирурга всегда отличаются при различной хирургической операции. Как же всё привести, как говорится, к общему знаменателю? Для этого следует отойти от описательного подхода, сущность которого состоит в констатации не что делать, а прийти к необходимости раскрытия вопроса – как делать. Это возможно только при доказательном подходе в выполнении хирургического пособия.

Основой доказательного подхода является донести до слушателей определение понятий и объективные ориентиры, принципы, последовательность выбора действий хирурга за операционным столом.

Это удивительно, что в литературе до сих пор нет определений хирургического метода, операционного поля и т.д. Ещё одной из важных задач преподавания информационной составляющей является добиться от обучающихся вопроса – как. Как выбрать хирургический инструмент, как сделать разрез, как и где наложить зажим, как не получить осложнений и т.д.

Всё это позволит нам перейти к изучению аналитической доказательной составляющей преподавание хирургического метода. В итоге мы получим возможность выполнить любое хирургическое пособие при любой хирургической ситуации.

Некоторые вопросы, которые мы разобрали в информационной составляющей рассмотрим в прикладном отношении при выполнении оперативного пособия, а также введём новые, которые позволят осмыслить операцию в целом. Именно к этому следует стремиться в преподавании хирургического метода.

Правильно и красиво оперировать – это всё равно, что иметь красивый почерк. Красивый почерк всегда понятен. Научить правильно и красиво оперировать – это и есть задача преподавания хирургического метода. Сделаем следующий шаг в преподавании хирургического метода в гинекологии. Безусловно, некоторые моменты будут повторяться по отношению к информационной составляющей, однако осмысление слушателями целостности выполнения хирургического пособия будут на порядок выше.

Ключевые вопросы и задания

Часть II. Аналитическая доказательная составляющая

Глава 1. Анатомия (функциональная, динамическая).

В предыдущих главах мы рассмотрели вопросы, касающиеся нормальной и топографической анатомии. Казалось бы, эти знания плюс знания приемов и инструментов дают возможность выполнить операцию. Однако при аналитическом подходе результат получается другим, а именно, это невозможно. Попробуем найти принцип, который объединит знания нормальной и топографической анатомии и приведет к прикладному использованию данной информации.

Оперативное вмешательство (выбор инструментов, приемы, манипуляции) проводится во времени, и если совместить знания нормальной и топографической анатомии во времени и в пространствах, то появляется новое качество – анатомия функциональная (динамическая), которая возникает в результате действий врача-хирурга. Действительно, в результате действия хирурга, а именно, пересечение связок, маточной трубы возникает совершенно другое взаимоотношение как между органами малого таза так и с соседними органами и образованиями. Здесь мы делаем следующий шаг к осмыслению выполнения хирургической операции.

Таким образом, значение знаний анатомии в названии, расположении, размеров, взаиморасположения органов, места прикрепления связок, наличие сосудов очень важно, но должно преломляться хирургом во времени. Это и даст наиболее полный и объективный подход к использованию хирургического метода с точки зрения методологии и технологии выполнения хирургического вмешательства.

Для выполнения операции хирургу важно не просто констатировать и представлять где отходит и как проходит сосуд, а наиболее важно взаиморасположение хода сосуда к органам малого таза. Особенно важен этот принцип по отношению к мочеточнику, мочевому пузырю и петлям кишечника. Ошибки хирурга при наложении зажимов могут приводить к повреждению этих органов, а при пересечении ведут к очень серьезным осложнениям. Особо следует учитывать направление хода сосудов, так как зажим хирургом всегда накладывается в перпендикулярном направлении.

Это дает возможность при пересечении даже магистральных стволов не потерять кровоснабжение органов или тканей после выполнения оперативного вмешательства. Следует учитывать также преимущественное кровоснабжение от той или иной ветви.

Все эти подходы к знаниям анатомии (включая кровоснабжение) дают возможность хирургу использовать их при выполнении операции с благоприятным прогнозом в послеоперационном периоде.

Ключевые вопросы

1; 2; 3; 4

Глава 2. Использование хода брюшины и её отношение к органам малого таза (забрюшинные пространства).

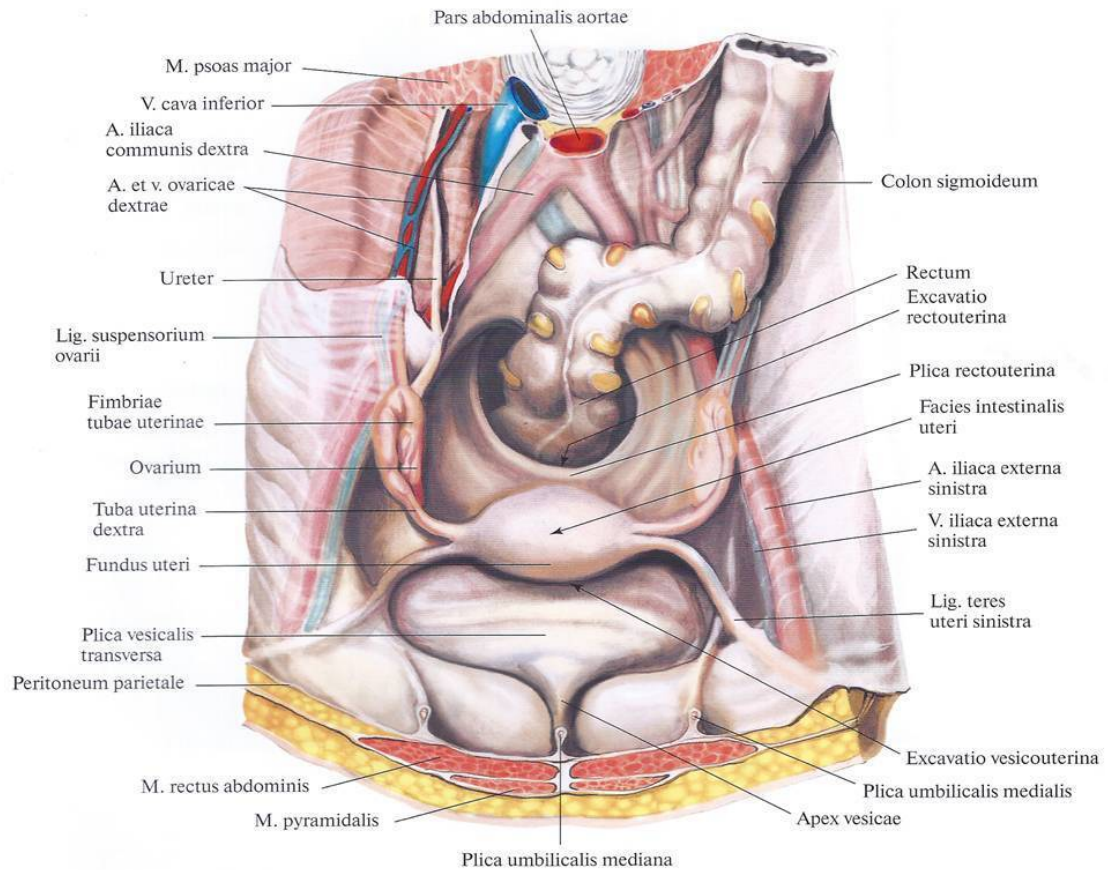


Рис. 12 Ход брюшины и её отношение к органам малого таза (по Р. Д. Синельникову).

Знание хода брюшины для хирурга, безусловно, очень важно. Однако наша задача расположить по – определиться как использовать ее ход, отношению к органам малого таза при выполнении оперативного вмешательства.

Было уже отмечено, что брюшина скрывает важнейшие образования, пересечение которых необходимо для выполнения операции. Поэтому очень важно понимать и использовать в действиях хирурга, что скрывает брюшина и что лежит под ней. Природа как будто все сделала для врача- хирурга, покрыв брюшиной пространства. Именно пространства малого таза дают возможность производить манипуляции хирургу и выполнить операцию (рис. 13).

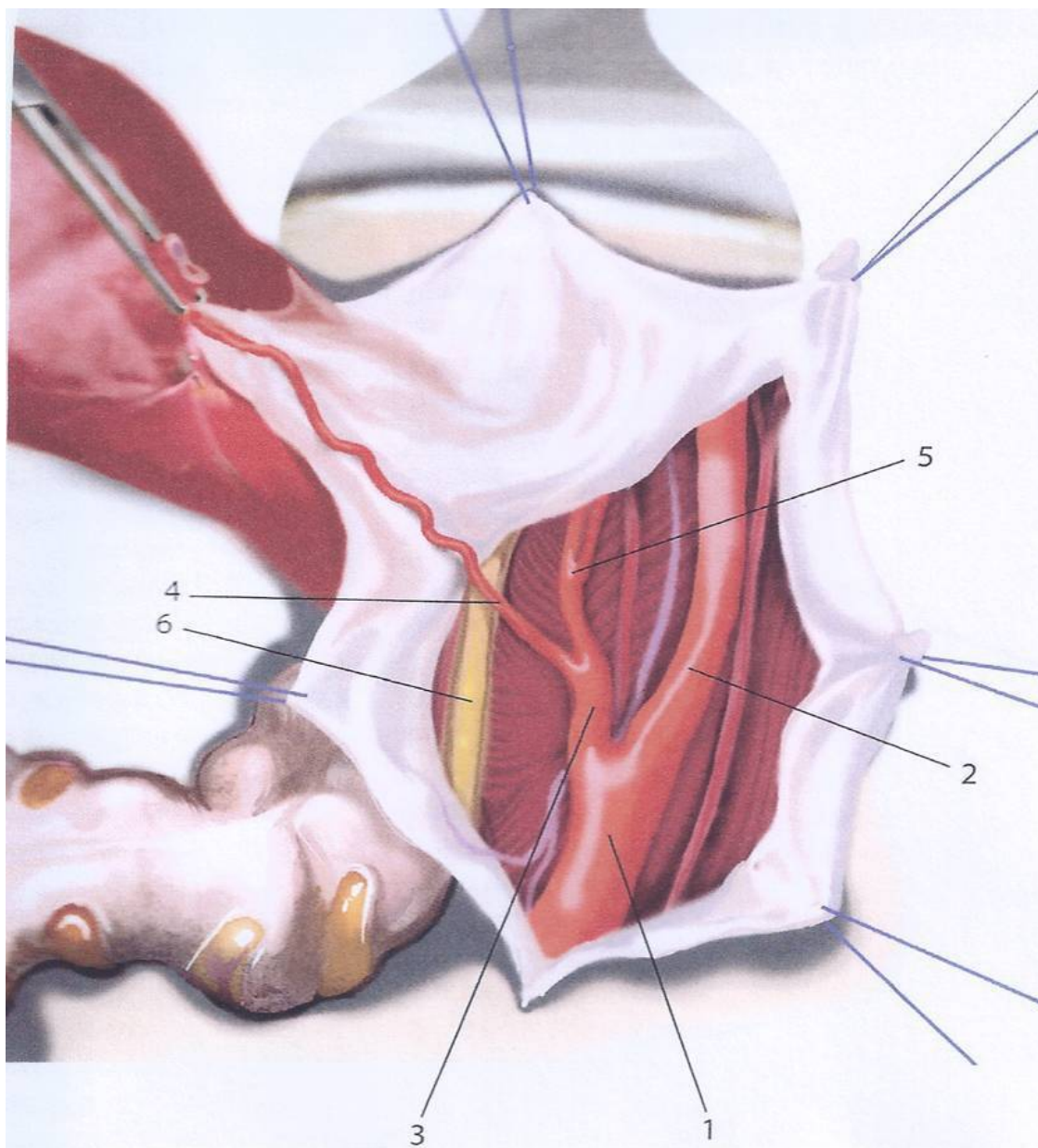


Рис. 13 Анатомия забрюшинного пространства (по В.И. Краснопольский).

1 – общая подвздошная артерия; 2 – наружная подвздошная артерия; 3 – внутренняя подвздошная артерия; 4 – маточная артерия; 5 – пузырная артерия; 6 – мочеточник.

Следует еще раз повториться и рассмотреть эти пространства.

Рассмотрим эти пространства.

Самым значимым для хирурга являются боковые, переднее и заднее клетчаточные пространства, где проходят маточные сосуды, мочеточник и, близко располагающийся, мочевой пузырь. Здесь особенно важно, что клетчаточные пространства ограничены листками брюшины, которые подвижны по отношению к органам и связкам.

Именно подвижность листков дает возможность при их вскрытии выйти к маточным сосудам, правильно выбрать инструмент и место его наложения на связки матки, а также свести к минимуму опасность повреждения полых органов (мочевой пузырь и мочеточник).

Стоит еще отметить, что количество клетчатки в пространствах малого таза неодинаково. Большое количество клетчатки находится в боковых, заднем и, далее в переднем, пространствах.

Эта особенность объясняет наличие боковых и задних параметритов и дает возможность их вскрытия при гнойном воспалении через влагалищные своды.

Таким образом, используя именно подвижность листков брюшины, наличие под ними пространств, дает возможность хирургу манипулировать инструментами для выполнения операции, избегая осложнений. Вспомнив об осложнениях, следует еще раз особо обратить внимание на ход мочеточника, который располагается за брюшиной.

После того, как мочеточник отошел от боковой стенки таза вперед и внутрь, он лежит в основании широкой связки и идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, затем подходит к шейке матки на расстоянии 2-3 см от ее ребра, перекрещивает маточную артерию, которая проходит над мочеточником.

Проходя в косом направлении от стенки таза к шейке матки, мочеточник залегает в толще связки Макенродта (поперечная связка шейки матки). После перекрещивания с маточной артерией мочеточник идет кпереди и кнутри, минует шейку матки, соприкасаясь с передней стенкой влагалища и входит в мочевой пузырь. Данные знания помогут нам в дальнейшем разобраться в выполнении операции надвлагалищной ампутации и экстирпации матки (рис. 14).

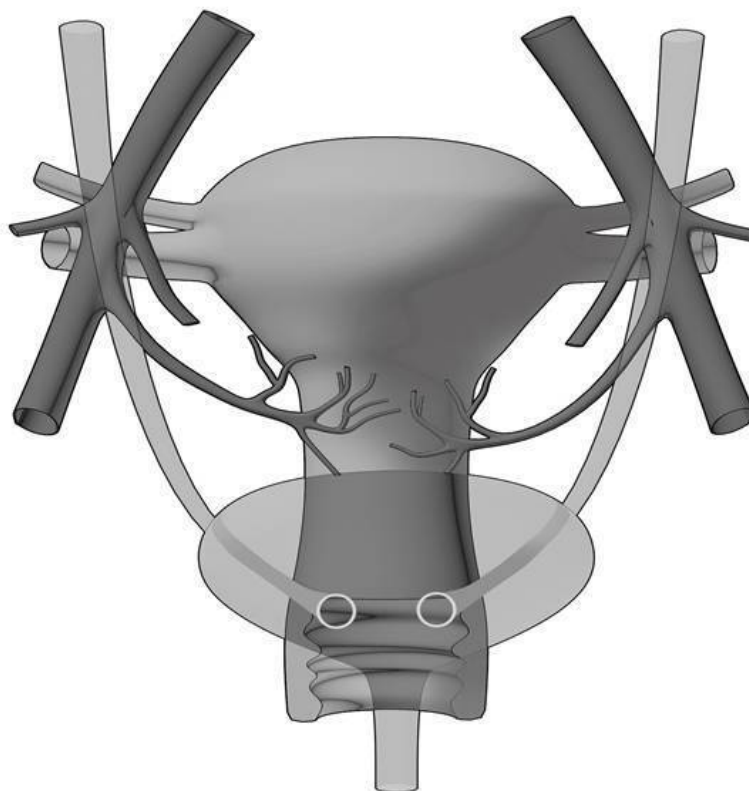


Рис. 14 Топография мочеточника.

Следует отметить еще одну важную особенность: использование подвижности листков брюшины при их вскрытии – это появление новых ориентиров и опознавательных точек.

Ключевые вопросы и задания

1; 2

Глава 3. Выбор хирургического шва и материалов; отличие узловатых швов от непрерывного.

Хирургические швы описаны в многочисленных руководствах и описание техники их наложения – не наша цель. Наша задача – рассмотреть, какой из хирургических швов выбрать при данной хирургической ситуации.

Принципиально выделим два вида швов: отдельный и непрерывный.

Что же шьется отдельными швами: кожа, подкожная клетчатка, пересеченные связки, маточные сосуды, культя шейки матки. Мы сознательно опустили описание, как прошивать апоневроз. Здесь есть свои нюансы, которые мы сейчас рассмотрим.

При прямом разрезе апоневроз шьется отдельным швом, а вот при разрезе по Пфанненштилю возможен выбор.

При влагалищном исследовании или при пальпации послеоперационного рубца можно с уверенностью определить, каким швом ушивался апоневроз. При наличии под пальцами жесткого желоба подтверждается наложение непрерывного шва, при отсутствии такового – отдельного шва.

Это можно проиллюстрировать на рисунке (рис. 15).

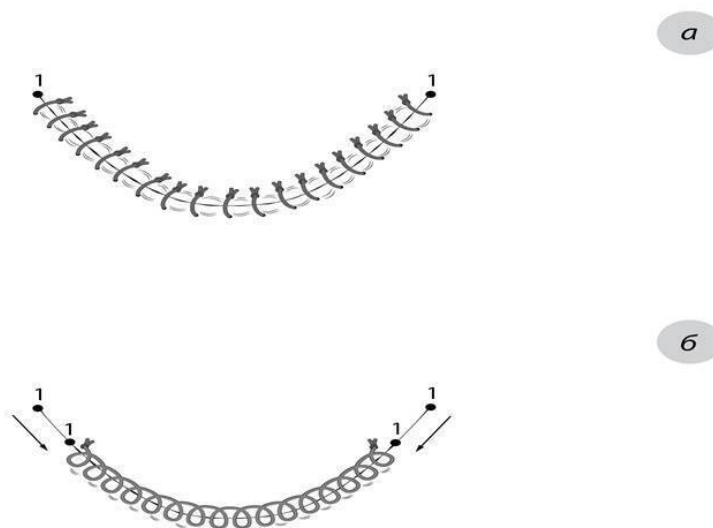


Рис. 15 Различия отдельных швов и непрерывного.

а – отдельные швы; б – непрерывный шов; 1 – расположение конечных точек.

При наложении непрерывного шва используется «риверден», что при утягивании всегда уменьшает длину восстановленного разреза (конечные точки сближаются), что и создает этот жесткий желоб. При наложении отдельных швов апоневроз лежит, как пласт, на мышцах. Такое различие немаловажно при выборе наложения швов у молодых и возрастных женщин. У возрастных женщин состояние тканей отличается от молодых. А главное при выборе наложения швов – это надежность сшивания. Жесткий рубец намного надежнее, хотя может доставлять некоторые неудобства.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.