
Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке	9
Об авторах	13
Часть I. Введение	15
Глава 1. Профессиональные тяготы: уязвимость акушера-гинеколога	17
Литература	20
Глава 2. Определение разреза	21
Литература	24
Глава 3. Анатомия: как найти жизненно важные органы малого таза	25
Основные меры предосторожности при гистерэктомии	33
Рассечение кишечника	37
Могут ли спайки кишечника проявляться как новообразование придатков?	44
Матка и яичники полностью скрыты под спайками кишечника	46
Может ли новообразование яичников расти забрюшинно?	49
Новообразование кишечника. Или это новообразование яичника?	50
Как найти мочеточник в обычном случае?	51
Как выделить мочеточник?	52
Как подтвердить расположение мочеточника при сильном фиброзе/диффузном кровотечении/ плохо разграниченных плоскостях?	58
Как фиксировать мочеточник лентой?	61
Как определить местонахождение мочеточника, когда нет идентифицируемой круглой связки?	64
Литература	66
Часть II. Особые ситуации	69
Глава 4. Замороженный таз (frozen pelvis): что делать?	71
Литература	75
Глава 5. Особенности хирургического лечения опухолей яичника	76
Злокачественная опухоль яичников: неожиданная находка	80
Опухоли яичников могут быть огромными!	80

Есть перекрут — полторы петли	81
Как избежать травмирования мочеточника при пережатии воронко-тазовой связки и как удалить опухоль яичника целиком и без перфорации во время операции	82
Злокачественные новообразования яичников со спайками	83
Как найти мочеточник при запущенном злокачественном новообразовании яичников.....	89
Литература.....	90
Глава 6. Плотно прилегающий мочевого пузырь: метод рассечения	92
Острое рассечение при опущении мочевого пузыря	94
Прилегающий мочевого пузырь в случае множественных лейомиом с большой шеечной лейомиомой.....	98
Что делать, если шеечно-влагалищное пространство плохо различимо?.....	99
Литература.....	105
Глава 7. Эндометриоз, лейомиомы шейки матки и широких связок:	
как избежать травм.....	106
Эндометриоз	108
Лейомиома шейки матки.....	110
Лейомиома широкой связки	111
Литература.....	113
Глава 8. Тазовый абсцесс: хирургический дренаж	
и неизбежные проблемы	115
Вскрытие брюшной полости при тазовом абсцессе	117
Густой красновато-коричневый гной	120
Воспаленный кишечник.....	121
Тазовый абсцесс может проявляться как подострая кишечная непроходимость.....	122
Петли кишечника, покрытые гнойными хлопьями	122
Аккуратное разделение склеенных петель кишечника	122
Спайки становятся организованными.....	123
Вход в таз	124
Гной в тазу.....	125
Нижняя поверхность печени	127
Осмотр всего кишечника перед закрытием брюшной полости с дренажем <i>in situ</i>	129
Первичный отсроченный шов (или метод лапаростомии)	130
Литература.....	131
Глава 9. Вагинальная гистерэктомия: как выполнить.....	133
Разрез над шейкой матки.....	137
Острое рассечение для мобилизации мочевого пузыря и открытия переднего свода	139
Передний свод открыт	140
Пережатие маточно-крестцовой связки	141

Что делать, если опущение матки и влагалища незначительное?.....	141
Невозможно открыть передний свод: что делать?	142
Извлечение препарата	145
Лигирование маточных артерий.....	146
Сальпингоофорэктомия во время вагинальной гистерэктомии	148
Литература.....	150
Глава 10. Травматический послеродовой период. Кровоизлияние: как избежать и как справиться	152
Травматическое послеродовое кровотечение после вагинальных родов.....	157
Травматическое послеродовое кровотечение при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки	164
Литература.....	174
Глава 11. перевязка внутренней подвздошной артерии: два подхода	175
Как найти внутреннюю подвздошную артерию?	178
Перевязка внутренней подвздошной артерии завершена.....	178
Доступ к внутренней подвздошной артерии через карман Дугласа	179
Литература.....	181
Глава 12. Закрытие брюшной полости и разреза стенки живота: плохое заживление раны может все испортить.....	182
Как наложить корсетную повязку	185
Здоровая рана	188
Литература.....	189

Предисловие к изданию на русском языке

Со времен, когда хирургия вышла из области ремесла цирюльников в науку и искусство мануальных навыков, она была и остается занятием, во многом зависящим от личного опыта, где мастерство передается от учителя к ученику. К сожалению, последние годы с их стандартизацией медицины и внутрибольничной жизни практически свели на нет такой принцип передачи знаний. Тем не менее частный опыт показывает, что наличие одного из руководителей хирургического подразделения или просто кого-то более опытного в образовательной и клинической деятельности в качестве наставника катализирует рост возможностей внутри специальности и дает массу преимуществ в карьере.

Данная книга написана таким образом, что, пускай и без человеческого участия, может стать таким наставником для молодых гинекологов. Помимо того, что это качественно выполненное фотографическое пособие наиболее важных манипуляций в гинекологии со всеми их тонкостями, простота изложения, понимание страхов, ошибок и амбиций начинающих хирургов в комментариях к изображениям должны резонировать с желанием молодого хирурга стать лучше в своем деле.

А.А. Попов,
доктор медицинских наук, профессор

Предисловие к изданию на английском языке

Гудду — единственной причине, по которой я все еще продолжаю свою работу. Моему отцу Шри. С.К. Поддеру и моей жене Раме Банерджи — за их безграничную любовь и веру в то, что я смогу это сделать.

Благодарю Редди Бхати за более качественные клинические фотографии и изображения.

И наконец, спасибо Джюти Мадам, моему соавтору и другу, которая поддерживала меня на каждом шагу при создании данной книги.

О чем эта книга?

Полагаю, ответ на этот вопрос не может быть дан одним предложением. Цель написания этой книги неоднозначна.

Постараюсь дать не совсем прямое, но, надеюсь, убедительное объяснение. Сектор здравоохранения в нашей стране быстро меняется, как и профиль заболеваний большинства специальностей. Прошли те времена, когда начинающий гинеколог мог получить приказ о назначении на должность врача в районной больнице или преподавателя в медицинском колледже вскоре после завершения резидентуры или начала своей практики и стать практикующим врачом примерно через 3 года. В большинстве регионов страны не существует понятия работы под руководством старшего специалиста в качестве ученика/ассистента. Сегодня трудно найти вакансии, а логистика открытия собственной клиники в приличном месте с нынешними затратами на аренду не под силу большинству новичков. Другими словами, возможности профессионального роста, которые всегда были ограниченны, становятся еще более недостижимыми.

Кроме того, меняются и случаи, с которыми мы обычно сталкиваемся в повседневной практике. Для многих женщин первая попытка зачатия может стать последней. Многие пары сегодня откладывают рождение своего первого (и, вероятно, единственного) ребенка. Акушер-гинеколог должен помнить, что пациентка, возможно, никогда не сможет забеременеть снова по очевидным причинам, таким как бесплодие (сама беременность происходит в результате искусственного оплодотворения), пожилой возраст на момент зача-

тия, наличие лейомиомы, эндометриоза и т.д. Это одна из причин увеличения числа случаев кесарева сечения. Частое проведение кесарева сечения не является полностью неправильным, но обусловило множество проблем. Ведение вторых родов, если они есть, и лечение гинекологических заболеваний, которые могут впоследствии возникнуть у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, имеют свои собственные сложные проблемы и задачи.

Редкие заболевания больше не редкость. Просто их распространенность ниже по сравнению с более распространенными заболеваниями. Практикующий гинеколог не раз сталкивается с «редкими заболеваниями» за свою карьеру. Внезапные потрясения на операционном столе — обычное дело, и каждый оперирующий гинеколог достаточно часто сталкивается с ними во время своей работы. Обнаружение злокачественной опухоли яичника или плотных спаек с полным искажением анатомии после вскрытия брюшной полости для того, что считалось обычным случаем лейомиомы, больше не является редким сценарием.

Так что же делать оперирующему гинекологу в таких случаях? Можно ли закрыть такой случай и перенести его на более поздний срок при надлежащей подготовке и при наличии опытного коллеги, который поможет во всех ситуациях? Это, безусловно, будет разумным поступком, если нет таких осложнений, как кровотечение, но всегда ли это возможно? А как насчет доверия к гинекологу? Никто не хотел бы, чтобы в послужном списке было слишком много «открытых и закрытых операций». Или следует продолжить операцию, даже если нет опытного коллеги, который бы подошел и помог? Как быть, если просто невозможно понять, что это за патология или где расположены хирургические ориентиры и жизненно важные органы?

И еще один важный момент заключается в том, что наше общество, возможно, по обоснованным причинам, смотрит на медицинское сообщество с определенной долей подозрения и пренебрежения. Люди не способны оценить тот факт, что для выполнения даже незначительных процедур требуется высокий уровень мастерства. Проведение хирургического рассечения вблизи жизненно важных органов, таких как мочеточник или подвздошные сосуды, у живого человека — не простое достижение. И чтобы приобрести навыки и уверенность в проведении операций такого уровня, нужно много лет упорно трудиться. Нужно пройти долгий путь обучения и испытать «сложности», ибо без этого врач по-настоящему не приобретет необходимые знания и опыт.

По причинам, указанным выше, врачу необходимо быть компетентным и эффективным во всех аспектах, будь то коммуникативные навыки, хирургические навыки или принятие решений, потому что судебное разбирательство может начаться даже при очень хорошем исходе — намного лучше, чем обычно ожидаемый для данного случая, только потому, что он не оптимален, по мнению пациента. Очень часто все, что может сделать врач, — это сказать несколько утешительных слов и предоставить чистое удобное место, чтобы пациенты могли спокойно умереть, а члены семьи — избавиться от муки видеть своих близких, страдающих от боли.

С учетом вышесказанного позвольте мне вернуться к основному вопросу. О чем эта книга? В чем ее необходимость?

Мы, врачи, в нашей повседневной рутинной работе забываем, что обучение не может ограничиваться годами в медицинском колледже и посещением учебных семинаров. Обучение — это непрерывный процесс. Было время, когда ординатору приходилось подолгу участвовать в операциях в качестве второго ассистента, прежде чем перейти на должность первого ассистента. Старшие врачи могли поощрить ординатора, который усердно работал и хорошо справлялся с делами, позволив ему принять участие в операции. Обучающие циклы были настоящими обучающими циклами, в которых обсуждался ежедневный прогресс каждого пациента. Обсуждались причины выполнения или невыполнения конкретного обследования или процедуры. К сожалению, критическая оценка себя и системы идет на убыль.

Сегодня много внимания уделяется доказательной медицине. Но часто нам нужно следовать тому, что можно назвать «передовой практикой», особенно в условиях ограниченных ресурсов, когда возможности ограничены. Хирургические «навыки» и «метод» не соотносятся с доказательной медициной. Навыки и метод — это вещи, которые нужно изучать, развивать и совершенствовать со временем. Постоянная оценка своих методов является обязательным условием для улучшения, и это не следует путать с доказательной медициной в пользу или против конкретного лекарства или с определенным типом ведения пациентов. Можно ли ссылаться на доказательную медицину, когда результаты ужасающе плохи? Очень часто результат говорит сам за себя.

Например, если после вагинальных родов возникло травматическое послеродовое кровотечение, которое привело к неприемлемым осложнениям как для матери, так и для ребенка, можно ли оправдать результат, заявив, что показаний для кесарева сечения в нижнем сечении матки не было? Просматривая медицинскую литературу, мы обнаруживаем, что существует множество направлений научной мысли и редко возможен один фиксированный протокол, под которым все подписываются. У каждого авторитета был уникальный опыт и всегда будут небольшие вариации.

Эта книга, по сути, представляет собой сборник некоторых здравых фактов; большинство из них хорошо задокументированы во всех стандартных учебниках и представляют собой проверенные временем методы наряду с некоторыми наблюдениями, сделанными автором, которые должны работать и для других. Новички могут не полностью понять описание, данное в учебниках, даже после того, как прочитали его пару раз. Только увидев, как старший гинеколог проводит конкретную операцию вживую и объясняет отдельные шаги, можно понять, что на самом деле означает описание в учебнике. Демонстрация операции или метода рассечения — это не то же самое, что просто выполнение операции. Это означает терпеливое объяснение шагов, позволяющее ассистенту хирурга прикоснуться к тканям и почувствовать их, а также понять, что делается.

Методы, описанные в этой книге, могут показаться очень простыми и фактически «детской забавой» урологам, гастроэнтерологам и онкохирургам. Но учитывая, что ординаторы акушерства и гинекологии получают (и вполне справедливо!) гораздо больше знаний в акушерстве, чем в гинекологии, мно-

гие гинекологи найдут методы, описанные в этой книге, очень полезными, и в некотором роде они станут для них откровением. Книга написана с учетом индийской системы ординатуры, где каждый штат, каждый регион и каждый университет отличаются друг от друга и существует значительная разница в структуре ординатуры в зависимости от учреждения.

И в качестве предостережения: ничто не следует пробовать подобно рецепту из кулинарной книги. Во время операции необходима хорошая команда, особенно если ожидается трудный случай. Эта книга не является руководством по всем хирургическим процедурам, описанным в акушерстве и гинекологии до настоящего времени. Для этого в Интернете и в частном тираже имеется множество хорошо снятых видеороликов с прекрасным объяснением, которые показывают, как следует выполнять определенные хирургические процедуры. Эта книга, с другой стороны, строго ограничена методами, которым гинеколог может следовать, когда сталкивается с неожиданной ситуацией на операционном столе. Речь идет о хирургическом рассечении и некоторых практических советах, которые могут быть полезны для оптимизации результатов. По этой причине все фотографии в книге относятся к открытой хирургии, поскольку новичок должен сначала уметь выполнить конкретную операцию и научиться идентифицировать все жизненно важные органы в операционном поле открытым методом, прежде чем пытаться сделать то же самое лапароскопически. Это не та книга, которая пытается объяснить этиологию и патогенез, лечение, предоперационную оценку или послеоперационный уход при различных акушерских и гинекологических заболеваниях. Она была подготовлена с намерением убедить начинающих врачей в важности хорошего и тщательного рассечения, в трагических случаях, которые могут произойти из-за незнания и из-за плохих методов, и, самое главное, что даже самая сложная операция может быть успешно проведена, если следовать «кардинальным» правилам. Как было сказано ранее, это не книга по самообучению, по которой новички могут непосредственно начать работу с трудными случаями. Это книга призвана помочь понять начинающим врачам, в каком объеме и каким образом следует начать улучшать свои хирургические навыки и методы.

Примечание: слово «акушер» использовалось в отношении состояний, связанных с родовой деятельностью и родами. Слово «гинеколог» использовалось в отношении других состояний, описанных в книге. Врачи, занимающиеся «акушерством и гинекологией», являются «акушерами-гинекологами» — некоторые из них в конечном итоге практикуют одну из двух дисциплин, другие — вариативную комбинацию обеих дисциплин, а некоторые специализируются на бесплодии, медицине плода и т.д.

Патна, Индия
Бангалор, Карнатака, Индия

Анирудха Рохит Поддер
Джиоти Г. Сешадри

Профессиональные тяготы: уязвимость акушера-гинеколога

Глава 1

Специфика акушерства определяется тем, что даже нормальный процесс родов очень часто начинается в самый «неподходящий» момент. И ряд катастрофических осложнений может возникнуть внезапно, без предупреждения, когда врач просто не готов, причем в некоторых случаях — у совершенно нормальной пациентки. Специальность предполагает быстрое принятие твердых решений. Следует понимать, что у других хирургических специальностей есть (относительная) роскошь в виде времени для планирования. Можно ничего не давать пациентке перорально, дожидаться подтверждения наличия препаратов крови и в большинстве случаев отложить хирургическое вмешательство, по крайней мере до рассвета. Но акушеры должны делать все одновременно; время — это роскошь, которую они не могут себе позволить. Невозможно оправдать плохой исход, говоря: «Я ждал приезда сосудистого хирурга, чтобы приступить к операции, потому что требовалась перевязка внутренней подвздошной артерии», «Я ждал прибытия хирурга общей практики/старшего коллеги, потому что случай был трудным» и т.д. Катастрофические осложнения, такие как гибель плода, разрыв матки и переход от ранней диссеминированной внутрисосудистой коагуляции к необратимому шоку, могут произойти за считанные минуты, даже до получения результатов анализов (общий анализ крови, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время).

Акушер должен объяснить ситуацию родственникам и получить согласие на предложенную процедуру, убедить анестезиологов в срочности, обеспечить кровь (ну где в мире можно ожидать 6 СЗП¹ и 6 ООК² для редкой отрицательной группы крови АВ немедленно или, если на то пошло, в течение 24 ч), записывать результаты, отдавать распоряжения, вызвать дополнительных помощников и сообщить в отделение интенсивной терапии, чтобы они как можно оперативнее подготовили койку с искусственной вентиляцией легких. Даже если вам еще не случалось иметь дело со случаями с высоким риском, они неизбежны; каждый акушер-гинеколог рано или поздно с ними столкнется. Иногда состояние, казалось бы, нормальной пациентки ухудшается за считанные минуты.

Хотя очень часто хирургическое вмешательство может быть отложено на несколько часов до рассвета или до прибытия коллеги, это не должно стано-

¹ СЗП — свежемороженая плазма.

² ООК — объем осажженных клеток.

виться привычкой и оправданием для акушеров. Каждый случай должен быть индивидуальным.

Следует помнить, что послеродовое кровотечение, требующее перевязки внутренней подвздошной артерии или гистерэктомии, а также разрыв матки с обильным внутренним кровотечением — простые акушерские состояния. Ожидать, что другие хирурги придут ни свет ни заря, чтобы помочь акушеру в том, что является явным акушерским состоянием, непрактично. Даже с юридической точки зрения для акушера неприемлемо использовать для защиты то, что более опытного коллеги не было рядом. Практикующий акушер должен суметь выполнить экстренное кесарево сечение даже при таких состояниях, как тромбоцитопения, полномасштабная диссеминированная внутрисосудистая коагуляция, печеночная недостаточность, сердечная недостаточность, почечная недостаточность и т.д. Работа под давлением — это «данность» для акушера. Позвать на помощь другого акушера и одновременно начать движение — это должно быть мантрой.

Не забывая о другой максиме, что нормальные роды — самый лучший вариант, при болезнях сердца, диссеминированной внутрисосудистой коагуляции, тяжелой преэклампсии, почечной недостаточности или любом состоянии с возможностью сильного кровотечения лучше проводить аккуратное и чистое кесарево сечение в нижнем сегменте матки, чем сложные вагинальные роды. Например, при пограничном положении таза или в случае предыдущего кесарева сечения в нижнем сегменте матки [1, 2] лучше делать кесарево сечение в нижнем сегменте матки, когда под рукой препараты крови и опытные коллеги рядом, чтобы помочь, чем выполнять его после продолжительной второй стадии, когда ткани отечные и рыхлые. Будет очень сложно наложить швы на края истонченного нижнего сегмента матки, а также вагинальные и перинеальные разрывы (в случае травматических вагинальных родов), а ребенок может родиться с асфиксией.

Другая проблема, которую должен иметь в виду акушер-гинеколог, заключается в том, что когда другие хирурги сталкиваются с неприятной ситуацией, они вполне могут справиться с ней самостоятельно или вызвать старшего коллегу той же специальности. Поэтому когда офтальмолог сталкивается с проблемой во время операции на глазу, он может справиться с ней самостоятельно или вызвать коллегу-офтальмолога. Вряд ли ему когда-нибудь понадобится нейрохирург. Точно так же повреждение мочеочника, с которым столкнулся уролог, может лечить сам уролог, а повреждение кишечника, с которым столкнулся хирург, он может лечить самостоятельно.

Но у гинеколога такой роскоши нет. Разрыв в задней стенке мочевого пузыря, основания мочевого пузыря с поражением треугольника, повреждения мочеочника, повреждения кишечника и тазовых сосудов — все это требует наличия хирурга, прошедшего специальную подготовку. Гинеколог должен помнить, что повреждения мочеочника в тазу обычно требуют реимплантации мочеочника, поскольку нижняя треть мочеочника является наименее сосудистым сегментом [3, 4]. Это факт, который не изменился с годами; гине-

кологические процедуры являются наиболее частой причиной повреждений мочеточника [3, 4]. Точно так же при повреждениях толстой кишки может потребоваться колостомия, так как толстая кишка слабо васкуляризирована по сравнению с тонкой кишкой. Повреждения мезентерия, брыжейки сигмовидной кишки и ободочной кишки могут потребовать повторной резекции зоны анастомоза, поскольку это означает, что кровоснабжение соответствующего сегмента кишечника прекращено [5].

Всегда лучше спланировать сложный случай с опытным коллегой или другим хирургом, чем вызывать его на полпути по очевидным причинам.

Акушер-гинеколог всегда должен помнить, что он, в отличие от других хирургов, находится в невыгодном положении, потому что с юридической точки зрения не в состоянии лечить повреждения мочеточника, кишечника, мочевого пузыря или мезентерия, кроме серьезных повреждений кишечника без выхода слизистой оболочки, вертикальных разрывов мезентерия без пурпурного изменения цвета пораженного сегмента кишечника или разрывов купола мочевого пузыря, не затрагивающих заднюю стенку или треугольник. Необходимо вызвать более опытного коллегу — акушера-гинеколога, чтобы приступить к трудному случаю так, чтобы в первую очередь избежать повреждения. Необходимо предотвратить ситуацию, когда повреждение произошло из-за неосторожности или отсутствия опыта и на полпути придется вызывать другого хирурга. Если до операции известно, что заболевание поражает кишечник или мочеточник, например обширный эндометриоз, и если требуется операция на кишечнике и мочеточнике, то хирург или уролог должны присутствовать с самого начала. Всегда предпочтительнее вызвать другого гинеколога, обладающего опытом и знаниями, необходимыми для конкретного случая, так как коллега-гинеколог будет по долгу службы в соответствии с этическими принципами доступен в случае любого неоптимального результата. Присутствие коллеги той же специальности оказывает огромную поддержку, потому что он будет участвовать во всех аспектах оказания помощи — консультирование пациенток, вопросы фертильности и т.д. Коллега-гинеколог может взять на себя ответственность, если кто-то внезапно не сможет вести пациентку из-за непредвиденного события, такого как болезнь или чрезвычайная ситуация в семье. Однако хирурги других специальностей будут интересоваться только своей территорией. Например, уролог будет заниматься только компонентами операции, связанными с мочеточником и мочевым пузырем.

Если результаты *in situ* окажутся полной неожиданностью, чего не предполагалось в предоперационной оценке, гинеколог должен немедленно сообщить родственникам и быстро решить, что наиболее разумно сделать: продолжить операцию, вызвав более опытного коллегу, или закрыть и перенести операцию с соответствующей подготовкой на более поздний срок. Но если такая проблема, как кровотечение или повреждение, уже произошла, ее необходимо немедленно должным образом устранить; речь не идет о закрытии и переносе операции на более поздний срок. При этом инцидент должен быть подвергнут критической оценке позже.

Литература

1. Asfour V., Murphy M.O., Attia R. Is vaginal delivery or caesarean section the safer mode of delivery in patients with adult congenital heart disease? // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2013. Vol. 17(1). P. 144–150.
2. Kor-anantakul O., Lekhakula A. Overt disseminated intravascular coagulation in obstetric patients // *J. Med. Assoc. Thai.* 2007. Vol. 90(5). P. 857–864.
3. Engelsbjerg J.S., LaGrange C.A. Ureteral injury. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2018.
4. Burks F.N., Santucci R.A. Management of iatrogenic ureteral injury // *Ther. Adv. Urol.* 2014. Vol. 6(3). P. 115–124.
5. Mesdaghinia M., Abedzadeh-Kalaroudi M., Hedayati M., Moussavi-Bioki N. Iatrogenic gastrointestinal injuries during obstetrical and gynecological operation // *Arch. Trauma Res.* 2013. Vol. 2(2). P. 81–84.

Самая большая тактическая ошибка, которая может произойти, — это открытие брюшной полости через поперечный разрез (лапаротомия) в силу его ограничений, особенно когда диагноз неясен, или когда предоперационная клиническая оценка и отчеты о визуализации только наводят на мысль, а не подтверждают природу новообразования придатков, или когда есть несоответствие между результатами клинического обследования и результатами визуализации.

Даже если на полпути во время операции вызывается другой, более опытный коллега, проблема в том, что был сделан неправильный разрез, остается.

О ректальном обследовании у женщин с новообразованием таза/брюшной полости часто забывают, главным образом потому, что его важность недооценивается. Несомненно, вагинальное обследование дает больше информации. Но информация, которую можно получить с помощью ректального обследования, огромна: узловатость и неподвижность новообразования придатков вне зависимости от того, поражена ли слизистая оболочка прямой кишки или нет и имеет ли тазовое новообразование преимущественно кишечное происхождение, когда необходимо выполнить эндоскопию верхних и/или нижних отделов желудочно-кишечного тракта, чтобы подтвердить точную природу новообразования; является ли опухоль яичника злокачественной и предпочтительнее ли неoadъювантная химиотерапия по сравнению со стадирующей лапаротомией; поражает ли эндометриоз прямую кишку — это те моменты, которые могут быть достаточно хорошо определены при ректальном обследовании. Информация, которую можно получить с помощью тактильных ощущений на кончиках пальцев, — это то, что нельзя заменить никакими методами визуализации. Это та информация, которая становится более точной с увеличением опыта.

Открытие брюшной полости через поперечный разрез в экстренной ситуации может быть оправданно в случаях внематочной беременности (идеально подходит лапароскопия) и кесарева сечения, независимо от степени сложности. Даже когда предлежащая часть плода глубоко расположена, когда запланировано или должно быть выполнено классическое кесарево сечение из-за неожиданного обнаружения плотных спаек нижнего сегмента или лейомиомы или нескольких предыдущих операций, когда есть послеродовое кровотечение, для которого следует произвести перевязку внутренней подвздошной артерии, или если необходимо сделать гистерэктомию при кесаревом сечении, все можно легко выполнить через поперечный разрез, попросив общую анестезию и преобразовав разрез Пфанненштиля в разрез Мейларда большего размера. Если во время кесарева сечения происходит неожиданное обнаружение новообразования придатков или абсцесса, поперечный разрез по-прежнему является правилом, поскольку дополнительная процедура может быть выполнена через тот же разрез (если это экстренная процедура, например дренирование

абсцесса), или ее можно отложить на более поздний срок при надлежащем планировании и подготовке (например, при наличии большой лейомиомы или опухоли яичника, требующей стадирования).

Поперечный разрез для плановых операций можно сделать напрямую, если вы точно уверены в диагнозе: несложное плановое кесарево сечение без каких-либо указаний на иное, гистерэктомия при лейомиоме, аденомиозе, дисфункциональном маточном кровотечении и т.д. Однако, когда природа новообразования придатков неизвестна (самая распространенная катастрофа — обнаружение опухоли яичников у пациентки с открытой брюшной полостью по поводу лейомиомы) или в случае эндометриоза — заболевания, которое может быть обширным, несмотря на отсутствие у пациентки симптомов (показание к операции может быть из-за бесплодия), когда есть вероятность злокачественного новообразования (саркома, опухоль яичников), когда есть подозрение или достоверность воспалительных заболеваний органов малого таза (могут быть обширные спайки с вовлечением кишечника), если пациентка перенесла несколько предыдущих операций, получала в прошлом лучевую или химиотерапию, категорически не рекомендуется открывать брюшную полость через поперечный разрез. Если повезет, то можно будет провести операцию, запросив общую анестезию (операция могла начаться у пациентки под спинальной анестезией) и преобразовав разрез в разрез Мейларда гораздо большего размера. Если заболевание требует стадирования или затронуты верхние области брюшной полости, то все еще можно завершить случай, но через несколько дней, возможно, придется столкнуться с множеством осложнений. Повреждения кишечника, мочевого пузыря и мочеточника могут возникать из-за плохой визуализации и неправильной тракции.

Небольшие серозные повреждения или небольшой ожог при прижигании могут зажить сами по себе [1]. Пациентке, возможно, придется ничего не принимать внутрь в течение довольно длительного периода времени. Прием пищи мелкими глотками следует начинать только после полного восстановления моторики кишечника, то есть отхождения газов. Мочевой катетер следует удалять только после полного исчезновения гематурии, то есть микроскопия мочи должна исключить микрогематурию. Однако, если более крупные повреждения пропущены, состояние пациентки может оставаться стабильным первую пару дней, но со временем оно ухудшится. Желчь или фекалии могут появиться в дренаже (если он был установлен), и у пациентки разовьется перитонит, если повреждение кишечника было пропущено. Если повреждение мочеточника или мочевого пузыря было пропущено, образуется мочевой свищ, а через неделю после операции у пациентки разовьется вытекание мочи по каплям [2, 3]. Появление крови в моче примерно через 5 дней после операции — предвестник этого осложнения. Чрезмерное втягивание через небольшой разрез также повлияет на заживление из-за ишемического повреждения и некроза брюшной стенки под давлением.

По той же причине могут быть пропущены кровоточащие сосуды. В случае внутреннего кровотечения в первый же послеоперационный день пациентку следует доставить на обследование. Осложнения, такие как гематома влага-

лица прямой мышцы живота, также известны из-за чрезмерного втягивания брюшной стенки [4]. В большинстве случаев гемостаз происходит в ходе нормального механизма свертывания крови. У пациентки может развиваться анемия в послеоперационном периоде из-за пропущенного кровоточащего сосуда, требуя переливания, что приведет к увеличению затрат на лечение.

Поэтому, когда кто-то сталкивается с такой ситуацией, когда брюшная полость открыта через поперечный разрез, когда был бы уместен вертикальный разрез, выбор стоит между вертикальным разрезом, расширенным в перевернутый Т-образный разрез, или закрытием и отсрочкой обращения на более поздний срок. Выбор зависит от состояния, которое было обнаружено на операционном столе, и от того, является ли состояние критическим. Например, при множественных тазовых абсцессах, которые нельзя отложить на более поздний срок, необходимо сделать вертикальный разрез и тщательно дренировать всю брюшную полость.

Итак, каким должен быть правильный разрез? В век лапароскопии мы должны чаще использовать лапароскопию, так же как и диагностический инструмент. Вставьте лапароскоп — он обеспечит отличный панорамный вид, а затем решите, как действовать дальше — продолжать лапароскопически или сделать поперечный или вертикальный разрез.

Следует помнить, что хирургия — это окончательный диагностический инструмент. Многие заболевания требуют обследования, а это означает, что мы открываем брюшную полость для обследования, чтобы выяснить и, если возможно, вылечить существующее заболевание. По возможности следует выбирать лапароскопию вместо лапаротомии, и никогда не следует смущаться, когда лапароскопическая операция превращается в лапаротомию, особенно если точный характер и степень заболевания подтверждаются только после введения лапароскопа. Даже в случае больших поражений у пациенток, перенесших в анамнезе несколько предыдущих операций, можно (и нужно) использовать метод открытой лапароскопии, а затем ввести боковые порты под контролем. Первичный осмотр лапароскопией может быть выполнен даже в тех случаях, когда пациентка перенесла одну или несколько предыдущих неоптимальных операций.

К настоящему времени автору удалось успешно прооперировать всех пациенток, направленных по причине неоперабельности, исключительно потому, что был сделан вертикальный разрез, в то время как основной хирург попытался сделать то же самое через поперечный разрез. И срединный вертикальный, и парамедианный разрезы похожи, когда дело доходит до обнажения и простоты закрытия. Однако срединный вертикальный разрез лучше с косметической точки зрения, если разрез должен быть расширен выше пупка. Если разрез нужно расширить, его продлевают вокруг пупка. Это связано с тем, что пупок — это область, богатая кожной условно патогенной флорой, и инфицирование раны вокруг этой области очень болезненно и уродливо.

Параректальный разрез включает в себя перерезание нервов, что может привести к несколько более высокой частоте возникновения послеоперационной грыжи по сравнению со срединным вертикальным разрезом. Средин-

ный вертикальный разрез в силу того, что он идет по средней линии, получает меньшее кровоснабжение и может плохо заживать по сравнению с поперечными и парамедианными разрезами [5].

Литература

1. Tsai M.C., Candy G., Costello M.A., Grieve A.D., Brand M. Do iatrogenic serosal injuries result in small bowel perforation in a rabbit model? // S. Afr. J. Surg. 2017. Vol. 55(2). P. 18–22.
2. Lee J.S., Choe J.H., Lee H.S., Seo J.T. Urologic complications following obstetric and gynecologic surgery // Korean J. Urol. 2012. Vol. 53(11). P. 795–799.
3. Tarney C.M. Bladder injury during cesarean delivery // Curr. Womens Health Rev. 2013. Vol. 9(2). P. 70–76.
4. Kapan S. et al. Rectus sheath hematoma: three case reports // J. Med. Case Rep. 2008. Vol. 2. P. 22.
5. Burger J.W.A., van't Riet M., Jeeke J. Abdominal incisions: techniques and postoperative complications // Scand. J. Surg. 2002. Vol. 91. P. 315–321.