

**АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ТАЗА**

Топографическая анатомия органов таза представляет собой сложный объект для клинического и анатомического анализа, топической диагностики патологических процессов и разработки рациональных оперативных доступов. В сравнительно небольшой области малого таза сконцентрированы органы различных систем, имеющие инфицированные полости, что затрудняет выполнение хирургических операций, особенно в подбрюшинном и промежностном отделах таза. Кроме того, объём, форма и положение органов малого таза подвержены значительным изменениям в различные физиологические периоды (беременность, переполненный мочевой пузырь и т.п.). Прочная костная основа, формирующая таз, и незначительная поверхность мягких тканей диафрагмы таза, содержащей заднепроходное отверстие и наружное отверстие мочеиспускательного канала, ограничивают использование широких оперативных доступов, затрудняют разъединение тканей, лигирование сосудов, сужают возможность зрительного контроля за ходом операции. Из-за ограничения постоянного зрительного контроля может возникнуть опасность ранения сосуда, мочеточника, мочевого пузыря, прямой кишки. Поэтому при операциях на органах малого таза используются длинные инструменты, облегчающие манипуляции на глубокорасположенных органах и не закрывающие операционное поле.

Лигирование сосудов при операциях на органах таза часто осуществляют после освобождения операционного поля (например, после удаления опухоли или матки), когда сосуды становятся хорошо видны и доступны для проведения лигатур. В глубине раны завязывать нити легче, надёжнее и быстрее при помощи зажимов или анатомических пинцетов. Завязывание лигатур руками тормозит ход операции, так как смоченные кровью нити легко выскользывают из пальцев, узелки затягиваются недостаточно сильно, операционная рана плохо или совсем не видна.

При гинекологических операциях разделение тканей тупым путём малопригодно, так как это сопровождается травмой соседних органов, разрывом капсулы гнойника или опухоли. В то

же время разъединение тканей ножницами или скальпелем при хорошем знании топографической анатомии происходит легко и быстро. При ампутации матки не следует оставлять большую культю, так как она легко инфицируется, в ней чаще развиваются ишемия и некроз. Для предупреждения развития перитонита и образования спаек очень важна тщательная перитонизация раневых поверхностей. Для перитонизации используют брюшину широких маточных связок, круглых связок матки, пузырно-маточных складок и сигмовидной кишки.

При выполнении операций на органах малого таза больных часто укладывают в наклонном положении (под углом 60–45°) с приподнятым тазом и опущенным головным концом операционного стола (положение *Тренделенбурга*). Такое положение обеспечивает хирургу хороший доступ к операционному полю, так как петли кишечника и сальник смещаются к диафрагме и органы малого таза становятся хорошо видны и доступны для хирургического вмешательства под контролем зрения. Положение *Тренделенбурга* не применяют при наличии в брюшной полости крови, а также гноя, содержимого кисты и других патологических жидкостей, так как при этом они могут попасть в брюшинные карманы печени и селезенки, что ухудшает течение послеоперационного периода. Следует максимально ограничить время пребывания в положении *Тренделенбурга* тучных больных пожилого и старческого возраста, а также больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы или лёгких. В настоящее время благодаря достижениям в области общего обезболивания многие операции на органах таза производят в горизонтальном положении, так как хорошая релаксация брюшной стенки и диафрагмы позволяет легко сместить кишечник и сальник в верхний этаж брюшной полости. Лишь при манипуляциях в глубине малого таза операционный стол на короткое время наклоняют под углом 10–15°.

НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ

БЛОКАДА ПОЛОВОГО НЕРВА

Половой нерв — основной чувствительный нерв промежности [кроме него, в иннервации промежности принимают участие промежностные ветви заднего кожного нерва бедра (периа-

нальная область и большие половые губы в области их задней спайки) и чувствительные ветви подвздошно-пахового и бедренно-полового нервов (передняя часть больших половых губ)]. Блокада полового нерва приводит к анестезии нижней трети влагалища и большей части наружных половых органов и промежности, что позволяет безболезненно проводить период изгнания и окончания родов. Наиболее удобно блокировать половой нерв в области седалищной ости. Могут быть использованы два метода: промежностный и трансвагинальный.

Показания. Родоразрешение при помощи акушерских щипцов. Эпизиотомия и зашивание эпизиотомной раны и разрыва промежности.

ПРОМЕЖНОСТНЫЙ СПОСОБ

Техника. Больная лежит на спине с согнутыми и разведёнными коленями, упираясь ступнями. Место вкола иглы — точка, расположенная на середине линии, проведённой от задней стенки влагалища к седалищному бугру. В этом месте создают «лимонную корочку». Указательным пальцем одной руки, введённым во влагалище или прямую кишку, пальпируют седалищный бугор. Затем через «лимонную корочку» вводят иглу длиной 10–12 см, конец которой указательным пальцем направляют к седалищному бугру. Раствор местного анестетика (5–10 мл) вводят в седалищно-прямокишечную ямку, расположенную медиальнее седалищного бугра. Затем иглу подтягивают и направляют к седалищной ости, перфорируют связку и вводят ещё 5 мл анестезирующего раствора. При такой технике, помимо полового нерва, блокируют промежностные ветви заднего кожного нерва бедра. Аналогичным способом выполняют анестезию на противоположной стороне. Для достижения полной анестезии всей промежности необходимо также произвести подкожную инфильтрацию верхнебоковых отделов больших половых губ по направлению к лобку с обеих сторон слабым раствором местного анестетика.

ТРАНСВАГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ

Техника. Больная находится в положении *Тренделенбурга*. Указательный и средний пальцы одной руки вводят во влагалище и нашу-

пывают седалищную ость и крестцово-остистую связку. Иглу подводят между средним и указательным пальцами непосредственно к крестцово-остистой связке рядом с седалищной остью и прокалывают боковую стенку влагалища и связку. Иглу вводят на глубину примерно 10 мм от слизистой оболочки влагалища. Прикосновение к нерву вызывает боль, иррадирующую в соответствующие зоны. Если при аспирации в шприц засасывается кровь, то конец иглы нужно слегка переместить. Анестезию производят с двух сторон.

БЛОКАДА СЕМЕННОГО КАНАТИКА И КРУГЛОЙ СВЯЗКИ МАТКИ

Блокада семенного канатика и круглой связки матки — один из способов лечебной помощи при почечной колике (и метод её дифференциальной диагностики) и при воспалительных заболеваниях яичка и его придатка.

Показания. Почечная колика при локализации камня в нижней, реже в средней трети мочеточника, острый, реже хронический эпидидимит, эпидидимоорхит.

Противопоказания. Наличие невправимой паховой грыжи с соответствующей стороны, острый фуникулит.

Техника. После обработки операционного поля пальпаторно определяют семенной канатик у наружного отверстия пахового канала и, зажав его между большим и указательным пальцами левой руки, вводят в толщу семенного канатика 40—60 мл 0,25% раствора новокаина. У женщин раствор новокаина в той же дозе вводят в область периферического отдела круглой связки матки в месте её входа в наружное отверстие пахового канала.

ВНУТРИТАЗОВАЯ БЛОКАДА ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ

Блокада по *Школьникову-Селиванову* — один из видов футлярной блокады, применяемый для обезболивания при переломах костей таза. Кроме того, блокада нашла применение и для купирования почечной колики, так как при внутритазовом введении раствора новокаина достигается наиболее полный охват нервных волокон, иннервирующих мочеточник (в основном его нижнюю треть).

Показания. Почечная колика, вызванная нахождением камня в средней или нижней трети мочеточника, необходимость дифференцирования атипично протекающей почечной колики.

Техника. Больной лежит на спине. На 1 см кнутри от передневерхней ости подвздошной кости делают внутривоковую инъекцию новокаина до образования «лимонной корочки» диаметром 1—1,5 см. В этом месте при помощи длинной (15—17 см) иглы с присоединённым к ней шприцем с раствором новокаина прокалывают кожу, причём срез иглы должен быть обращён к внутренней поверхности подвздошной кости. Постоянно вводя новокаин, продвигают иглу под ость подвздошной кости спереди назад. Игла скользит по подвздошной кости и на глубине 12—14 см натывается на препятствие, что свидетельствует о том, что конец иглы достиг внутренней подвздошной ямки. После этого иглу оттягивают на 0,5 см назад и медленно вводят 0,25% раствор новокаина. Доза зависит от возраста больного.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ФЛЕГМОН ТАЗА

Дренирование клетчаточных пространств малого таза производят двумя путями: через переднюю брюшную стенку и через задний свод влагалища.

ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО РЕЙНУ

Техника. Вскрытие предузырных флегмон производят надлобковым разрезом по белой линии или через одну из прямых мышц живота. В зависимости от избранного доступа мышцы раздвигают, а затем осторожно, чтобы не повредить брюшину, разрезают поперечную фасцию и вводят дренажи.

При сравнительно небольших по объёму операциях достаточно после наложения эпицистостомы установить сбоку от мочевого пузыря дренажную трубку (с одной или с двух сторон) и зафиксировать их к коже. Рану брюшной стенки зашивают послойно до дренажей. Для достижения прямолинейного хода

дренирующего канала целесообразно вывести дренажные трубки через контрапертуры в правой и левой подвздошно-паховых областях (рис. 14-1).

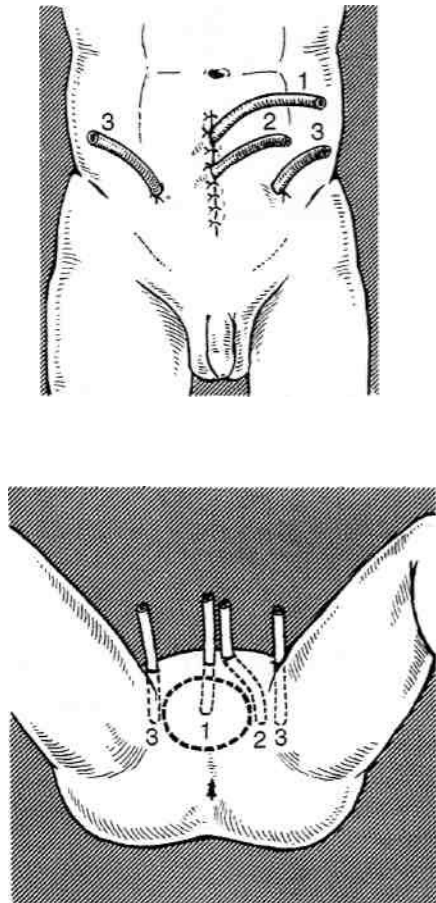


Рис. 14-1. Варианты дренирования клетчаточных пространств таза, а — вид со стороны живота, б — схема в проекции со стороны промежности; 1 — цистостомическая трубка, 2 — околопузырная трубка, 3 — трубки околопузырного пространства, выведенные через контрапертуры. (Из: Оперативная урология / Под ред. Н.А. Лопаткина. — П., 1986.)

ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ-МАК-УОРТЕРУ

При обширных повреждениях, а также в случаях, когда повреждённую стенку пузыря ушить невозможно, выведение дренажей через переднюю брюшную стенку не обеспечивает достаточного дренирования околопузырного пространства. В этих случаях, а также для вскрытия глубоких гнойников, локализуемых-

ся вокруг основания мочевого пузыря, прибегают к разрезу через запирающее отверстие по *Буяльскому—Мак-Уортеру*.

Техника. Больного укладывают на спину в положение, как для промежностных операций, — с раздвинутыми и согнутыми в коленных суставах ногами (рис. 14-2).



Рис. 14-2. Дренирование предпузырного клетчаточного пространства по *Буяльскому-Мак-Уортеру*. Линия кожного разреза обозначена пунктиром. (Из: Краткий курс с-еративной хирургии с топографической анатомией / Под с-ез В.Н. Шевкуненко. — Л., 1951.)

Прощупав под кожей возвышение нежной и длинной приводящей мышцы бедра, проводят послыйный поперечный разрез длиной 7—8 см по внутренней поверхности бедра, отступив на 3—4 см книзу от бедренно-промежностной складки (см. рис. 14-2). Тупо проникают к короткой приводящей мышце с последующим ее поперечным рассечением. Растягивая края раны: крючками, находят наружную запирающую мышцу.

Наружную запирающую мышцу и лежащую под ней запирающую мембрану рассекают вдоль нисходящей ветви лобковой кости (во избежание ранения запирающих сосудов и нервов (рис. 14-3).

Через запирающее отверстие проникают в полость таза, а именно в седалищно-прямокишечную ямку. Далее рассекают мышцу, поднимающую задний проход, и проникают в околопузырную клетчатку (рис. 14-4).

Изложенную методику дренирования полости таза по *Буяльскому—Мак-Уортеру* в классическом её варианте на практике применяют редко, так как почти всегда и плановые, и экстренные операции на мочевом пузыре начинают с надлобкового доступа. Поэтому наличие раны над лобком позволяет захватить проведённую со стороны бедра корнцангом

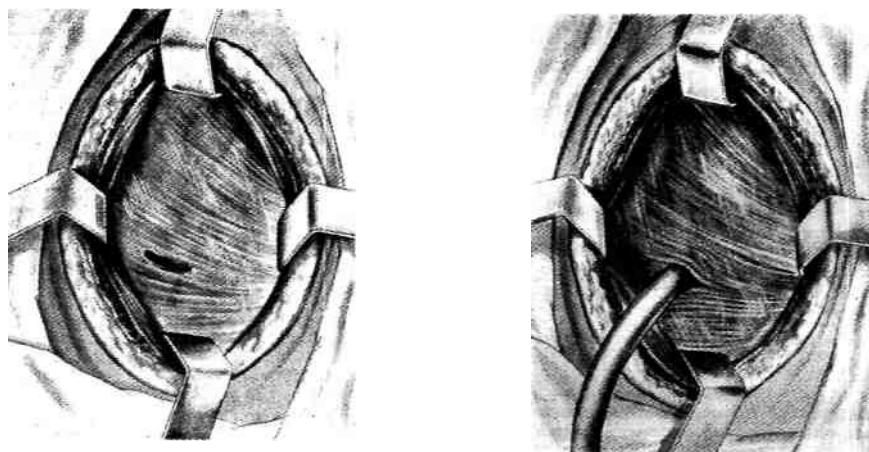


Рис. 14-3. Дренаживание околопузырного пространства по *Буяльскому-Мак-Уортеру*. а — обнажение и разрез запирающей мышцы и запирающей мембраны, б — проведение дренажа через запирающее отверстие. (Из: Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией / Под ред. В.Н. Шевкуненко. — П., 1951.)

дренажную трубку и вывести её наружу. Используя этот принцип, многие хирурги и урологи вообще не делают разреза на бедре, а под контролем пальца со стороны надлобковой раны проводят корнцанг в обратном направлении, т.е. со стороны полости таза через запирающее отверстие на бедро, что технически значительно проще и менее травматично. Кроме того, больному не нужно придавать положение на столе, как для промежностных операций, а достаточно только слегка отвести бедро. Для этого пальцем нащупывают из полости таза запирающее отверстие и, скользя по пальцу, тупо проникают корнцангом через мышцу, поднимающую задний проход, далее по нижневнутреннему краю отверстия через запирающие мышцы и приводящие мышцы бедра до кожи. Кожу рассекают над клювом

инструмента (длина разреза 1—2 см), захватывают дренажную трубку и проводят её в та: (рис. 14-5).

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ СОБСТВЕННО ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА

Помимо способа *Буяльского—Мак-Уортера* для дренирования околопузырного пространства используют и другие варианты (рис. 14-6).

Таким же путём со стороны таза под контролем пальца корнцанг можно вывести на промежность (метод *Куприянова*) или параректально через седалищно-прямокишечную ямку, что бывает показано при сочетанных повреждениях мочевого пузыря и прямой кишки ил?: после обширных плановых операций на этих органах.

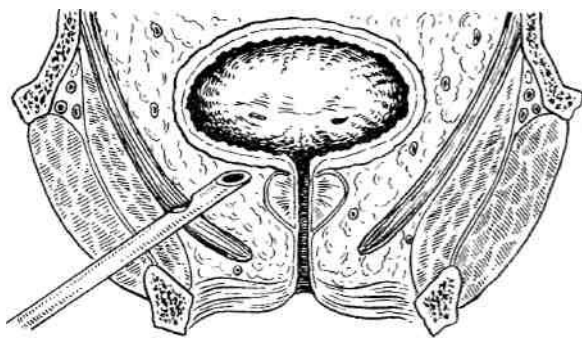


Рис. 14-4. Дренаживание околопузырного клетчаточного пространства по *Буяльскому-Мак-Уортеру*. (Из: Оперативная урология / Под ред. Н.А. Лопаткина. — П., 1986.)

ОСЛОЖНЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ

Среди возможных осложнений перечисленных методов дренирования клетчаточных пространств таза следует указать на повреждение запирающих сосудов и нерва при нарушении техники операции, а также на недостаточное полное дренирование, связанное с неправильной установкой дренажных трубок. В частности, такая ситуация возникает, есл?: трубка по методике *Буяльского—Мак-Уортера*

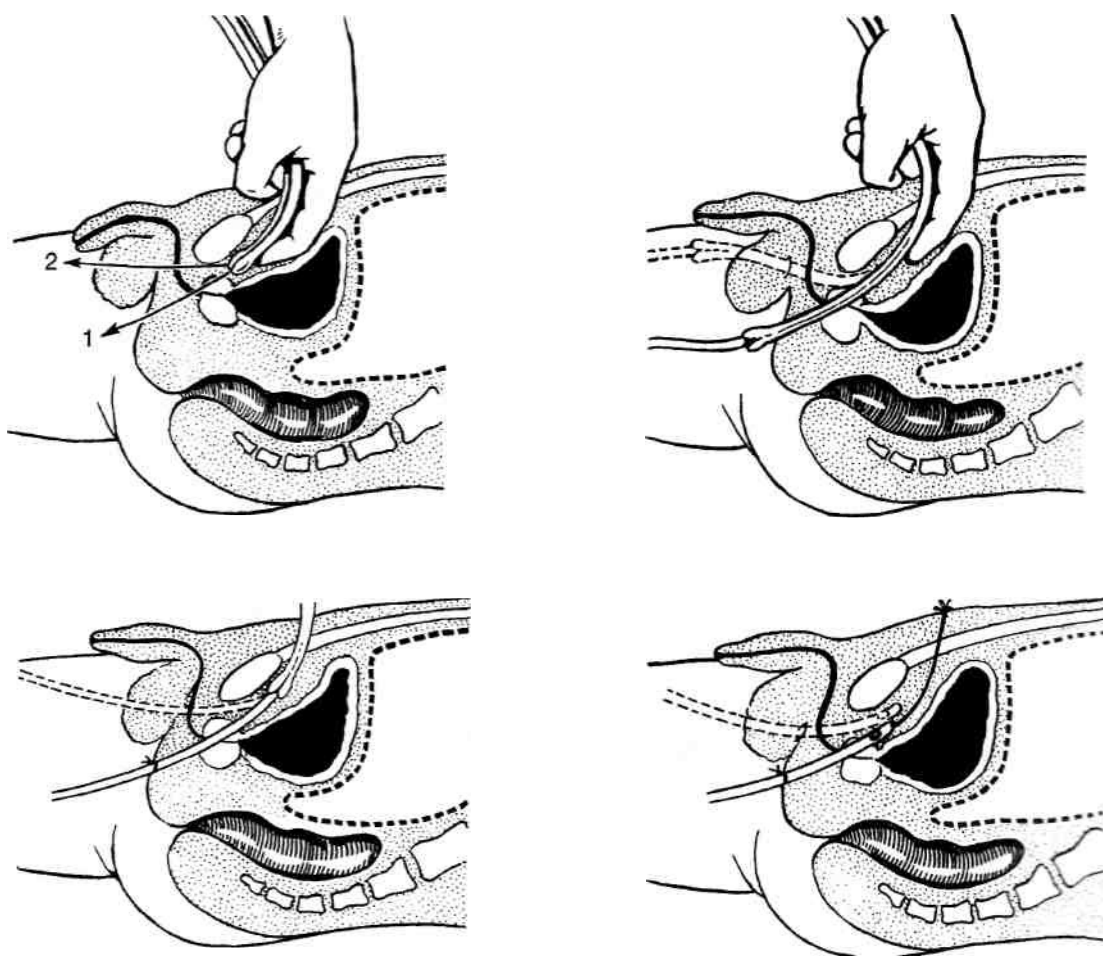


Рис. 14-5. Варианты и этапы установки дренажей со стороны полости таза, а — выведение корнцанга на промежность (1), на бедро через запирательное отверстие (2), б — момент захватывания дренажных трубок корнцангом, в — дренажи установлены в полости таза, г — фиксация дренажа к коже передней брюшной стенки. (Из: Оперативная урология / Под ред. Н.А. Лопаткина, — Л., 1986.)

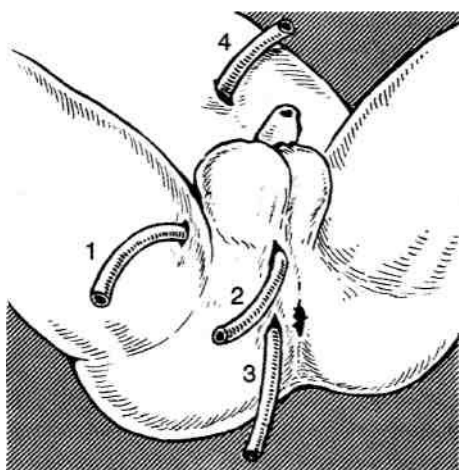


Рис. 14-6. Варианты дренирования полости таза. 1 — по Кольцову через разрезы, проведённые с боков от промежностной части мочеиспускательного канала, 2 — по Куприянову, 3 — через седалищно-прямокишечную ямку, 4 — через цистостомическую трубку. (Из: Шевцов И.П. Повреждение органов мочеполовой системы. — Л., 1972.)

не будет проведена через мышцу, поднимающую задний проход, и останется в седалищно-прямокишечной ямке.

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ЖЕНСКОГО ТАЗА

Дренирование клетчаточных пространств производят через задний свод влагалища или переднюю брюшную стенку.

ДРЕНИРОВАНИЕ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ЖЕНСКОГО ТАЗА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА

Дренирование заднего свода влагалища показано при гнойном очаге в заднем отделе околоматочного клетчаточного пространства.

Техника. Вначале толстой иглой производят пункцию заднего свода. После пункции и получения гноя иглу не извлекают, рядом и параллельно ей проводят в гнойник скальпель, обратив его режущую поверхность (во избежание ранения кишки) к шейке матки (рис. 14-7).

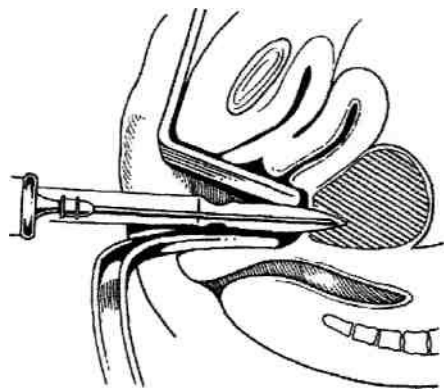


Рис. 14-7. Вскрытие заднего свода влагалища скальпелем. Скальпель обращен острым краем к шейке матки. (Из: Давыдов С.Н., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

Убедившись, что скальпель проник в полость гнойника, его вместе с иглой удаляют, а в образованное отверстие вводят изогнутый корнцанг, выпуклостью обращенный кзади. Бранши корнцанга раздвигают и тем самым расширяют кольпотомическую рану. Не смыкая браншей корнцанга, в образованное отверстие на доста-

точную глубину вводят дренажную перфорированную резиновую трубку (рис. 14-8, а). Дренажную трубку оставляют в ране, а её влагалищный конец рыхло обкладывают марлевыми салфетками для полноценного дренирования вскрытой полости (рис. 14-8, б).

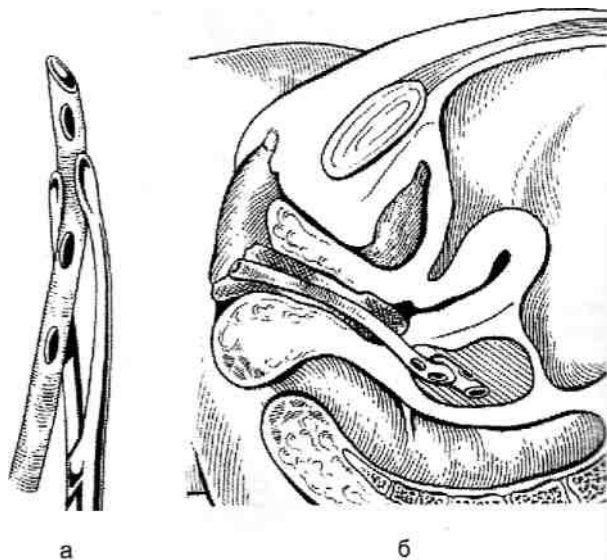


Рис. 14-8. Дренирование гнойника, а — резиновая дренажная трубка захвачена корнцангом, б — дренажная трубка введена в полость гнойника. (Из: Давыдов С.Н., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

ДРЕНИРОВАНИЕ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ЖЕНСКОГО ТАЗА ЧЕРЕЗ ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ

При распространении гнойного поражения околоматочной клетчатки кпереди и в стороны от матки или при поражении пристеночной клетчатки таза (пельвиоцеллюлит) с выходом гнойного инфильтрата кпереди на область лона или выше паховой связки производят дренирование гнойников через переднюю брюшную стенку.

Техника. Проводят послойный разрез мягких тканей над выпуклостью инфильтрата на 1,5—2 см выше и параллельно паховой связке длиной 6—8 см. При этом обязательно пережимают, пересекают и перевязывают нижние надчревные сосуды. Проникнув тупым путём в полость гнойника, отверстие расширяют и вводят окончатую резиновую трубку или марлевые выпускники (рис. 14-9).



Рис. 14-9. Вскрытие гнойника со стороны передней брюшной стенки. (Из: Давыдов С.И., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

При разлитом гнойном пельвиоперитоните приходится дренировать брюшную полость, для чего применяют срединную лапаротомию, дополнительно делают также еще по одному разрезу в подвздошно-паховых областях несколько выше паховой связки. В нижние углы всех трёх ран вводят марлевые выпускники и дренажные трубки (рис. 14-10).



Рис. 14-10. Дренажные трубки, используемые при пельвиоперитонитах. (Из: Давыдов С.И., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

Весьма целесообразно производить дополнительное дренирование брюшной полости через влагалище.

ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МУЖСКОГО МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Для диагностики и лечения различных заболеваний и повреждений мочеполювых органов проводят инструментальные и эндоскопи-

ческие исследования. Для этой цели применяют различные катетеры, бужи, уретроскопы и цистоскопы. Катетеры бывают гибкие, эластические и ригидные (чаще металлические) с различными углами наклона клюва (см. т. I гл. I рис. 1-72, 1-73).

Среди резиновых катетеров наиболее часто применяют катетеры *Нелатона*, *Тимана*, *Петцера* и *Малеко*. Они отличаются друг от друга различной формой и углом наклона клювов. Столь же широкое применение в урологической практике получили резиновые катетеры *Померанцева—Фолея*; на конце катетеров расположен баллончик, раздуваемый воздухом. Этот баллончик препятствует выскальзыванию катетера наружу, в то же время оказывая гемостатическое действие, например, после аденомэктомии. Длина мужских катетеров составляет 24 см, женских — 14 см.

Показания к катетеризации мочевого пузыря:

- Острая или хроническая задержка мочи.
- Контроль за диурезом (в практике интенсивной терапии).
- Введение в мочевой пузырь лекарственных веществ.
- При выполнении диагностических манипуляций: цистоскопии, катетеризации мочеточников, эндоскопических операциях на мочевом пузыре.

Предпочтительна катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, и лишь в случае неудачи используют металлический катетер.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Техника. Берут в левую руку половой член ниже его головки, большим и указательным пальцами той же руки слегка раздвигают губки наружного отверстия мочеиспускательного канала. Дистальный конец резинового катетера фиксируют между безымянным пальцем и мизинцем правой руки, а проксимальный удерживают пинцетом (рис. 14-11).

После этого катетер вводят плавно в мочеиспускательный канал при постоянном подтягивании полового члена кверху. В промежностной части мочеиспускательного канала катетер иногда встречает препятствие со стороны произвольного сфинктера мочевого пузыря. В таких случаях необходимо на некоторое время прекратить продвижение катетера и предложить

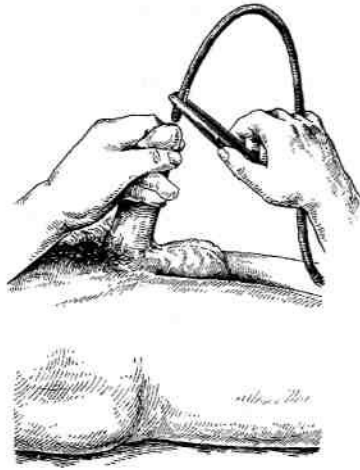


Рис. 14-11. Катетеризация мочевого пузыря катетером *Нелатона*. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1969. — Т. 1.)

больному сделать несколько глубоких вдохов, в это время обычно удаётся свободно ввести катетер в мочевой пузырь. Появление из катетера мочи свидетельствует о том, что дистальный его конец попал в мочевой пузырь.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ КАТЕТЕРОМ

Врач становится слева от лежащего на спине больного, берёт тремя пальцами левой руки половой член в области головки и, приподняв кверху, располагает его параллельно паховой связке. Затем врач правой рукой вводит в мочеиспускательный канал металлический катетер клювом, обращенным вниз, и одновременно осторожно натягивает на катетер половой член (рис. 14-12, а).

Под влиянием собственной тяжести инструмент продвигается в глубь мочеиспускательного канала, проникает в луковичную его часть до наружного сфинктера и здесь обычно встречает некоторое шиепятствие (рис. 14-12, б). В этот момент половой член вместе с введённым в мочеиспускательный канал инструментом переводят на срединную линию и постепенно опускают книзу в сторону мошонки (рис. 14-12, в, рис. 14-12, г). Преодолевая при этом

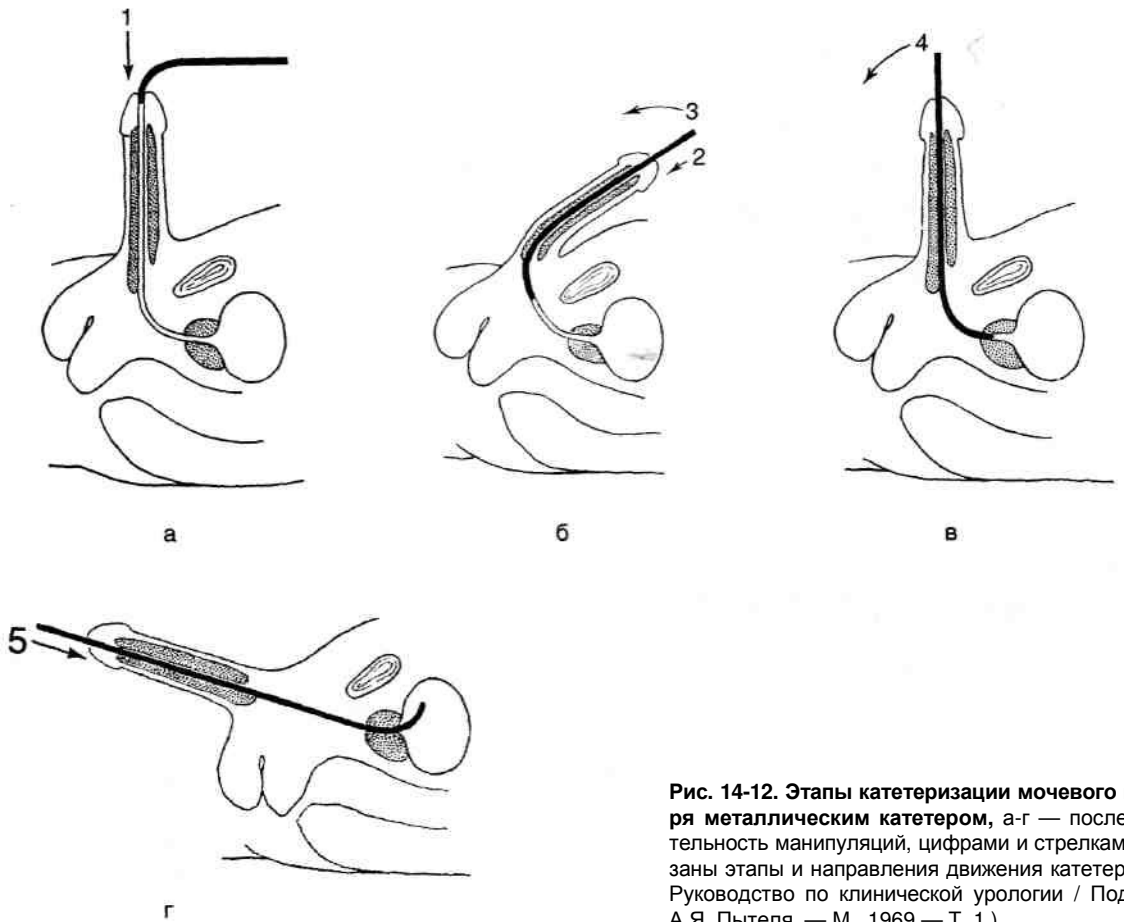


Рис. 14-12. Этапы катетеризации мочевого пузыря металлическим катетером, а-г — последовательность манипуляций, цифрами и стрелками указаны этапы и направления движения катетера (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1969. — Т. 1.)

некоторое сопротивление сфинктера, удаётся сравнительно легко продвинуть клюв инструмента в мочевой пузырь (рис. 14-12, 5). Критерием попадания клюва инструмента в мочевой пузырь считают возможность свободного поворота катетера в боковые стороны по продольной оси. При нарушении техники введения катетера в мочеиспускательный канал возможно ранение мочеиспускательного канала с образованием ложных ходов (рис. 14-13).

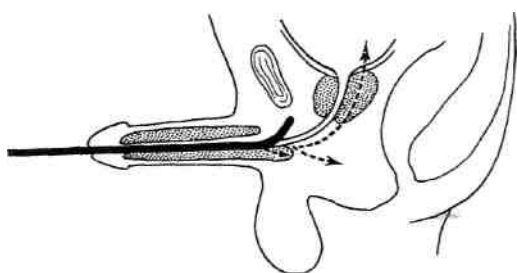


Рис. 14-13. Ложные ходы при неправильной катетеризации мочевого пузыря. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1969. — Т. 1.)

ПРОКОЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Показание. Задержка мочи при невозможности применить катетеризацию (например, при вколоченном камне мочеиспускательного канала).

Техника. Пункцию производят длинной иглой строго по срединной линии на 2 см выше лобкового симфиза через предпузырное клетчаточное пространство, предварительно сдвинув кожу. Иглу направляют перпендикулярно к поверхности кожи и прокалывают все слои брюшной стенки и стенку пузыря. В момент начала выделения мочи продвижение иглы прекращают.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШИНЫХ И ВНЕБРЮШИНЫХ РАНЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Наиболее важным при ранении мочевого пузыря считают отношение повреждения к брюшной полости (внебрюшинное или внутрибрюшинное) (рис. 14-14). Практика свидетельствует, что чем раньше выполняется хирургическое вмешательство при внутри- и внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря, тем лучше исход. Суть операции при повреждении мочевого пузыря состоит в восстановлении целостности мочевого пузыря, отведения из него мочи и дренировании мочевых затёков при их наличии.

Техника. Положение больного лёжа на спине. Доступ продольный или поперечный надлонный.

У хирургов и урологов сложилась определённая тактика при внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря. Если раны располагаются на передней и боковой стенках, они легкодоступны и ушиваются двухэтажными кетгутowymi швами. Труднодоступные раны в области дна и шейки мочевого пузыря ушивают погружным швом со стороны его полости. К раневому отверстию снаружи подводят дренажи. Концы дренажей в зависимости от локализации или расположения мочевой инфильтрации выводят через надлобковую рану на промежность предзадне-проходным разрезом по *Куприянову* (рис. 14-15, а), через запирающее отверстие по *Буальскому-Мак-Уортеру* (рис. 14-15, б) или через седалищно-прямокишечную ямку. Отведение мочи из пузыря осуществляют с помощью дренажной трубки, выведенной

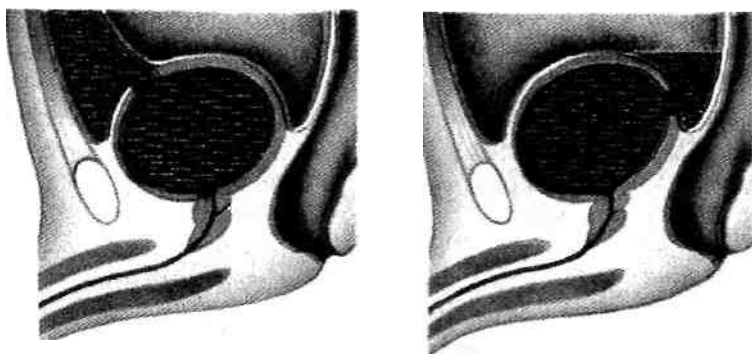


Рис. 14-14. Разрыв мочевого пузыря, а — внебрюшинный, б — внутрибрюшинный. (Из: Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / Под ред. Ю.Ф. Исакова, Ю.М. Лопухина. — М., 1977.)

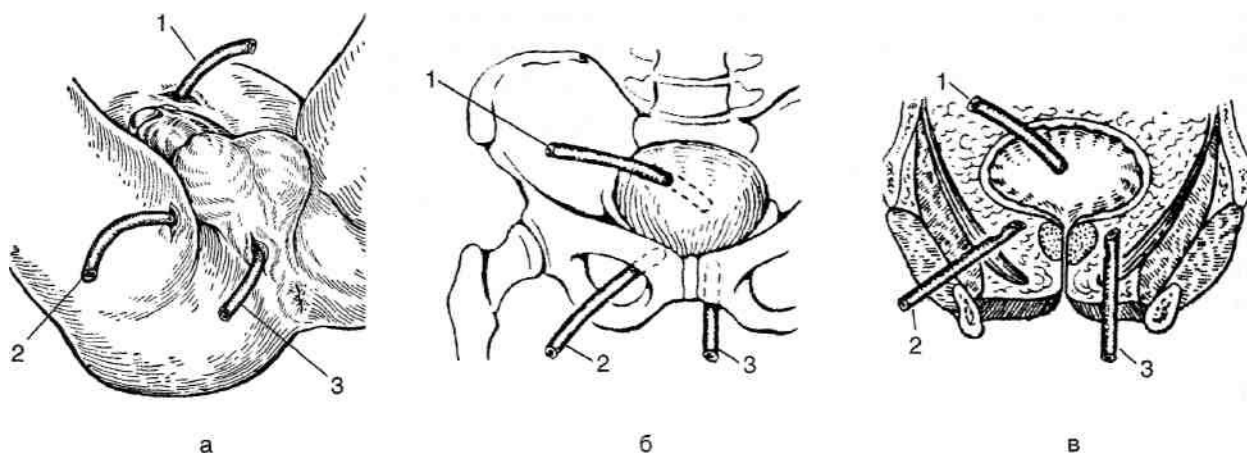


Рис. 14-15. Схема дренирования мочевого пузыря, околопузырного клетчаточного пространства и седалищно-прямокишечной ямки, а — вид снаружи, б — вид на скелете костей таза, в — вид на вертикальном разрезе; 1 — надлобковый мочепузырный дренаж, 2 — дренирование таза через запирающее отверстие, 3 — дренирование таза через промежность. (Из: Шевцов И.П. Повреждения органов мочеполовой системы. — М., 1972.)

через надлобковый свищ (рис. 14-15, в). После введения в околопузырное пространство дренажных трубок операционную рану зашивают послойно хромированным кетгуттом. На кожу накладывают шёлковые швы.

- При внутрибрюшинном разрыве пузыря производят нижнюю срединную лапаротомию. Находят повреждение мочевого пузыря и ушивают его одно- или двухрядными кетгуттовыми швами с захватом в шов листка брюшины. После наложения цистостомы и подведения в околопузырное пространство дренажных трубок операционную рану зашивают и проверяют на герметичность.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ К МОЧЕВОМУ ПУЗЫРЮ

При операциях на мочевом пузыре используют следующие доступы:

- Надлобковый.
- Трансуретральный.
- Промежностный.
- Трансвагинальный.
- Комбинированные (промежностно-надлобковый, промежностно-трансвагинальный).

Через переднюю брюшную стенку живота к мочевому пузырю можно подойти как внешне, так и чрезбрюшинно. При этом может быть использован продольный или поперечный разрез.

- Производят нижнюю срединную лапаротомию. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и апоневроз косых мышц живота. Отступив 0,5 см в сторону от срединной линии, вскрывают переднюю стенку влагалища одной из прямых мышц живота. После смещения этой мышцы снаружки рассекают поперечную фасцию, в результате чего обнажается предпузырная клетчатка. Если разрез произведён точно посередине и обнажилась белая линия живота, то влагалище прямой мышцы не вскрывают. В этих случаях предпузырная клетчатка обнажается после рассечения белой линии и разведения в стороны прямых и пирамидальных мышц живота.

- ♦ При внебрюшинном доступе при помощи тупфера отодвигают предпузырную клетчатку вместе с переходной складкой брюшины к верхушке мочевого пузыря.
- ♦ При чрезбрюшинном доступе рассекают поперечную фасцию, предбрюшинную клетчатку и брюшину на уровне кожного разреза.

- При поперечном разрезе кожу, подкожную клетчатку и апоневроз рассекают поперечно вдоль брюшно-надлобковой складки, отступив кверху от лобкового сращения на 3 см. В дальнейшем доступ осуществляется так же, как и при продольном разрезе. Промежностный, трансвагинальный и комбинированный доступы широкого применения не нашли.

ЦИСТОТОМИЯ ИЛИ ВЫСОКОЕ СЕЧЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (SECTIO ALTA)

При различных патологических процессах нередко возникает необходимость вскрыть мочевой пузырь. В одних случаях в конце операции мочевой пузырь зашивают наглухо (эпицистотомия), в других для отведения мочи в нём оставляют дренажную трубку (эпицистостомия).

Показания. Камни и инородные тела мочевого пузыря, электрокоагуляция полипов мочевого пузыря и др.

Техника. Мочевой пузырь через предварительно введённый резиновый катетер промывают и наполняют изотоническим раствором натрия хлорида. На наружный конец катетера накладывают зажим. В качестве оперативного доступа чаще всего используют вертикальный разрез *Кейа* длиной 10—12 см по средней линии живота от лобка по направлению к пупку (рис. 14-16, а). Рассекают белую линию живота, промежутки между прямыми и пирамидальными мышцами разделяют тупым путём. Расположенную под мышцами поперечную фасцию рассекают до уровня симфиза и вскрывают предпузырное пространство. Тупфером отодвигают к верхушке мочевого пузыря жи-

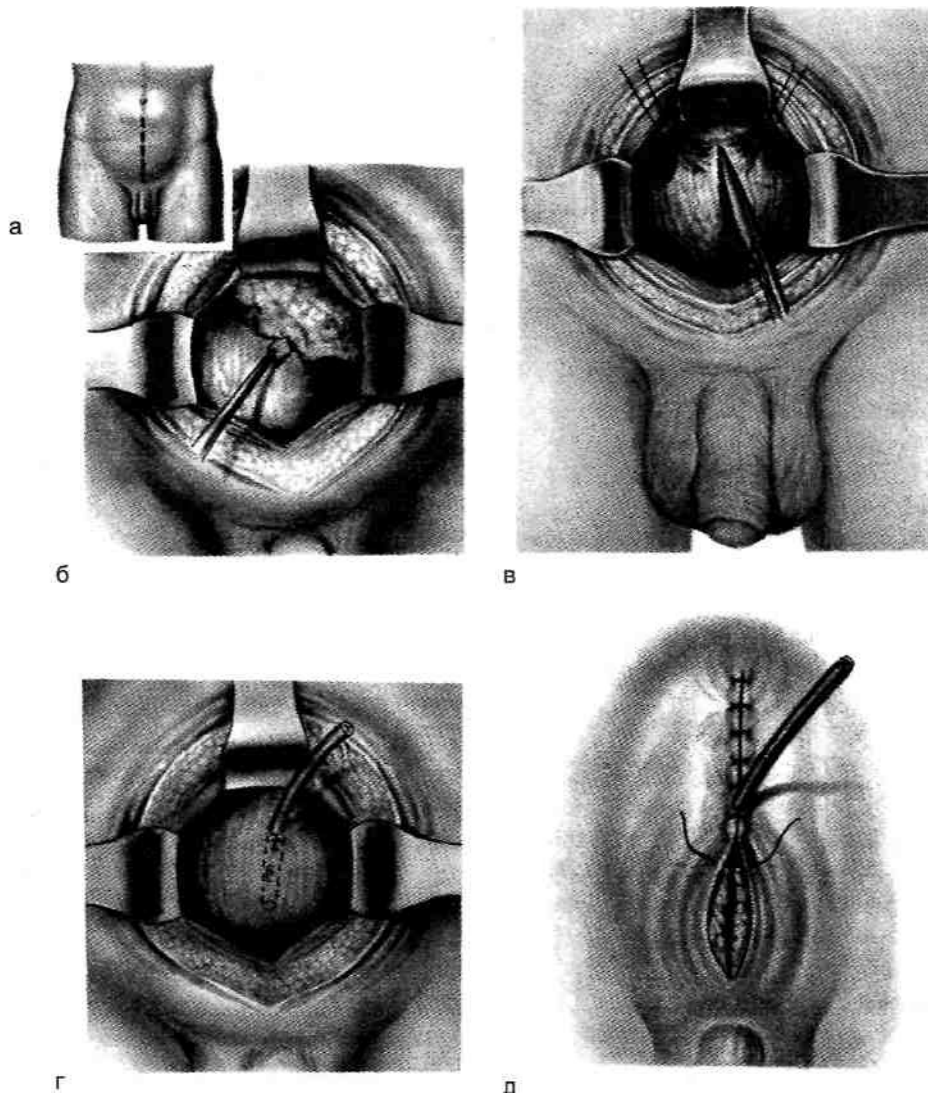


Рис. 14-16. Высокое сечение мочевого пузыря, а — линия кожного разреза, б — жировую клетчатку с переходной складкой брюшины тупо отодвигают кверху, в — вскрытие мочевого пузыря, г — ушивание мочевого пузыря вокруг дренажной трубки, д — послойное ушивание раны. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

ровую клетчатку с переходной складкой брюшины (рис. 14-16, б).

Стенку пузыря легко определить по мышечным волокнам и поверхностным венам. На передневерхнюю стенку мочевого пузыря, не прокалывая слизистую оболочку, накладывают две держалки. Держалки слегка подтягивают и между ними вскрывают стенку пузыря лезвием скальпеля (рис. 14-16, в). При этом сначала рассекают мышечный слой, а затем — слизистую оболочку (при рассечении стенки пузыря следует остерегаться отслоения слизистой оболочки). В этот момент с катетера снимают зажим и выпускают из мочевого пузыря жидкость. Полость осматривают и производят необходимую хирургическую процедуру. Если нет необходимости оставлять дренажную трубку, на рану мочевого пузыря в два ряда накладывают узловые кетгутовые швы, не захватывая в них слизистую оболочку, и послойно зашивают рану брюшной стенки. В нижний угол раны вводят резиновую полоску. Для обеспечения оттока мочи в верхний угол раны мочевого пузыря укладывают дренажную трубку, вокруг неё стенку зашивают узловыми швами в два ряда (рис. 14-16, г). Рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо до дренажа (рис. 14-16, д). Кожу ушивают вокруг дренажа и тампонов.

ЦИСТОСТОМИЯ

Различают временную и постоянную цистостомию.

Показания. Травматические разрывы мочеиспускательного канала, повреждение передней стенки мочевого пузыря и др.

Техника. Обнажение и вскрытие мочевого пузыря производят, как при цистотомии. Во вскрытый мочевой пузырь вводят специальный катетер диаметром 1,5 см. На боковой стенке такой трубки ближе к её концу вырезают дополнительные овальные отверстия для предупреждения закупорки основного отверстия. Разрез стенки пузыря вокруг трубки плотно сшивают узловыми кетгутовыми швами. Отверстие в стенке пузыря, где выходит дренаж, должно находиться ближе к вершине пузыря, но не у самой брюшинной складки. Дренаж выводят наружу у верхнего угла раны. Накладывают послойные швы на рану. После извлечения трубки свищ самопроизвольно закрыв-

ается. Если необходимо наложить губовидный свищ, слизистую оболочку мочевого пузыря сшивают с кожей; такой свищ самопроизвольно не закрывается.

ОПЕРАЦИИ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

ДОСТУПЫ К ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

При операциях на предстательной железе используют следующие доступы:

- Надлобковый чреспузырный (по *Фуллеру* • *Фрейеру*).
- Позадилобковый внепузырный.
- Подпузырный (по *Милли*).
- Промежностный.
- Ишиоректальный.
- Трансректальный.
- Трансуретральный.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наибольшее распространение получили следующие методы аденомэктомии (рис. 14-17):

- Чреспузырная аденомэктомия, производимая вслепую и под визуальным контролем.
- Промежностная аденомэктомия.
- Позадилобковая внепузырная аденомэктомия.
- Трансуретральная резекция аденомы простаты, производимая одно- и двухмоментно, вслепую и под визуальным контролем.

ЧРЕСПУЗЫРНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ «ВСЛЕПУЮ»

Разработку чреспузырной аденомэктомии связывают с именами *Фуллера* (1895.), *Фрейера* (1901), *С.П. Фёдорова* (1908). К преимуществам данного вида оперативного лечения относят возможность его выполнения при любом типе роста и размерах доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Техника. Больного укладывают на стол в горизонтальное положение с несколько приподнятым тазом. В мочевой пузырь установ-

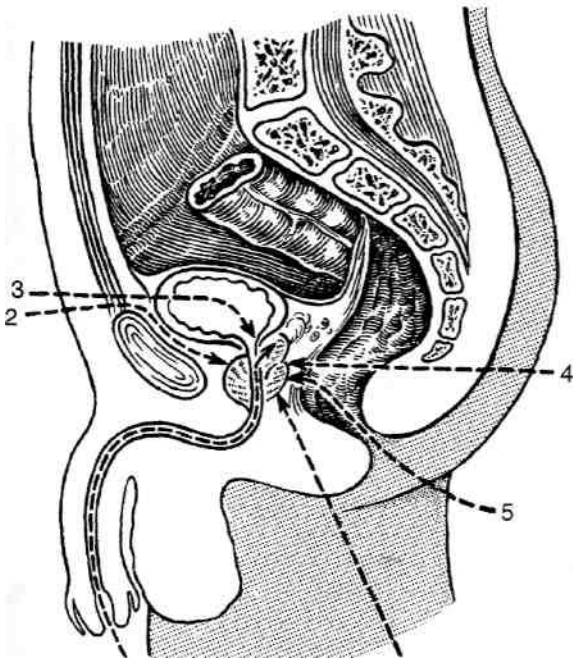


Рис. 14-17. Хирургические доступы к предстательной железе. 1 — промежностный, 2 — позадилобковый, 3 — чреспузырный, 4 — ишиоректальный, 5 — трансректальный, о — трансуретральный. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1970. — Т. 2.)

ливают постоянный катетер и после промывания мочевого пузыря проводят разрез длиной до 10 см строго по средней линии от лобка по направлению к пупку, рассекая при этом кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию (как при высоком сечении мочевого пузыря, см. «Цистотомия или высокое сечение мочевого пузыря»). Тупо раздвигают мышцы, разрезают поперечную фасцию и отслаивают сверху предбрюшинную клетчатку вместе с переходной складкой брюшины. Стенку мочевого пузыря берут на держалки и между ними вскрывают в продольном направлении. Указательный палец левой руки вводят в прямую кишку и поддают им предстательную железу сверху. Указательный палец правой руки вводят в рану мочевого пузыря и нащупывают предстательную железу. На 0,5 см от мочеиспускательного канала надсекают циркулярно слизистую оболочку и кончиком пальца проникают в слой между хирургической капсулой и аденомой (рис. 14-18), осуществляя вылушивание аденомы.

При незначительном кровотечении гемостаз осуществляют временным тампонированием ложа на 5—7 мин марлевым тампоном, смочен-

ным в 4% растворе формалина, 10% растворе спирта, перекиси водорода или растворе аминнокапроновой кислоты. Если после удаления тампона кровотечение не возобновилось, то в мочевой пузырь устанавливают постоянный баллонный катетер, а его переднюю стенку ушивают наглухо. Умеренное и выраженное кровотечение останавливают с помощью постоянных или съёмных гемостатических швов. Предложено несколько вариантов постоянных гемостатических швов на ложе предстательной железы: в зоне шейки мочевого пузыря спереди от катетера, ведённого в мочеиспускательный канал (глубокий кистетный шов, формируемый вокруг введённого в мочевой пузырь катетера *Фолея*); глубокие швы, накладываемые на края капсулы и слизистой оболочки мочевого пузыря (глубокие поперечные кетгуттовые швы 8-образной формы).

Важным этапом чреспузырной аденомэктомии считают дренирование и ушивание стенки мочевого пузыря. Обычно мочевой пузырь дренируют с помощью трехходового катетера *Фолея*, через него в течение первых суток после аденомэктомии орошают мочевой пузырь антисептическими растворами, что предотвращает образование сгустков крови и окклюзию дренажных трубок. Мочевой пузырь ушивают наглухо или временно оставляют надлобковый дренаж (рис. 14-19). Глухой шов передней стенки мочевого пузыря при чреспузырной аденомэктомии значительно ускоряет заживление раны.

ЧРЕСПУЗЫРНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ, ПРОИЗВОДИМАЯ ПОД ВИЗУАЛЬНЫМ КОНТРОЛЕМ

Чреспузырная аденомэктомия, производимая под визуальным контролем, благодаря более широкому доступу к дну мочевого пузыря позволяет сравнительно легко устранить кровотечение из ложа удалённой предстательной железы, произвести пластическое закрытие дефекта слизистой оболочки мочевого пузыря, подтянуть к шейке мочевого пузыря перепончатую часть мочеиспускательного канала и подшить её к краям простатического ложа.

Техника. После вскрытия мочевого пузыря рану широко расширяют зеркалами, благодаря чему получают хороший доступ к его шейке (рис. 14-20). Циркулярным разрезом рассека-

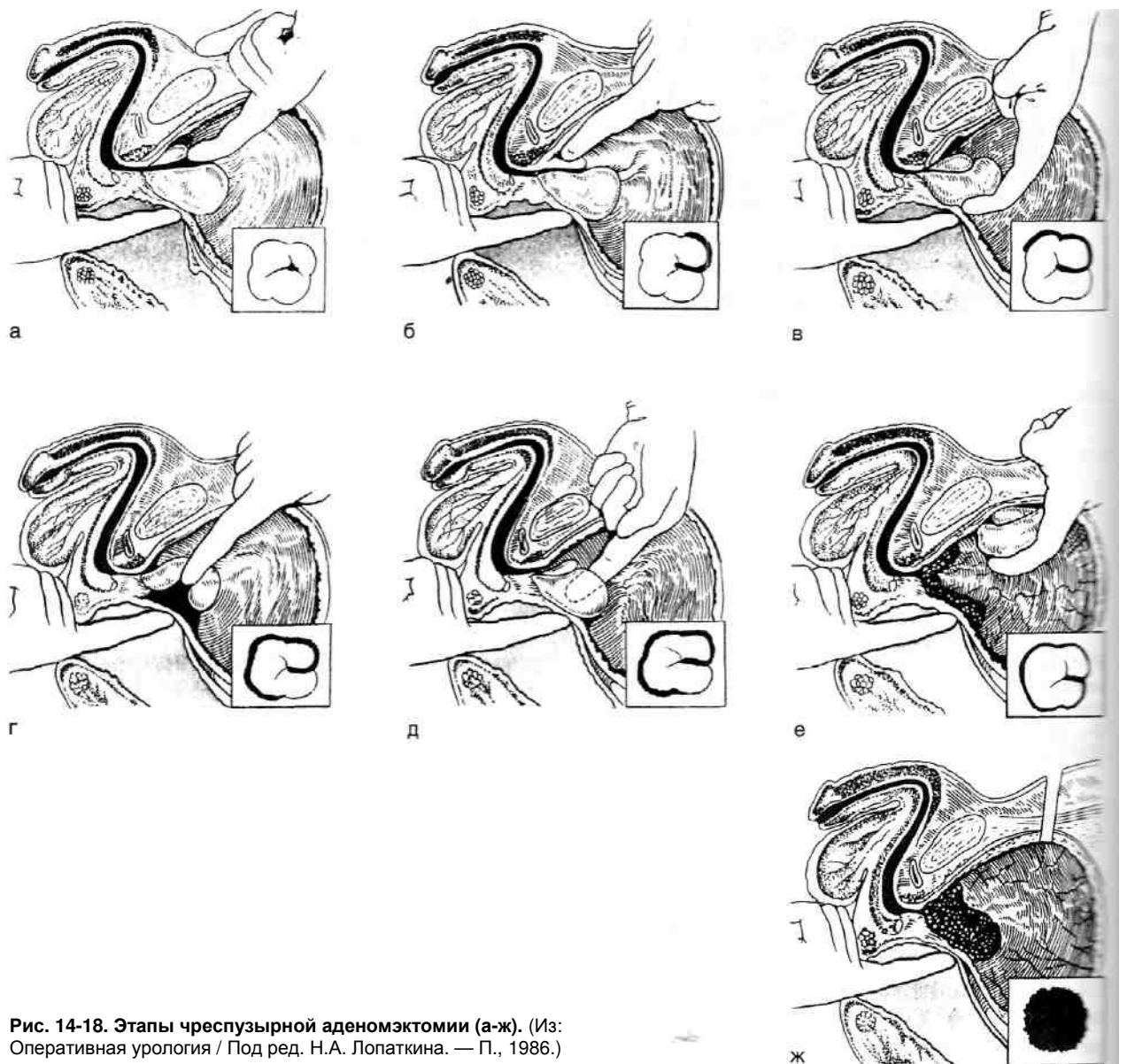


Рис. 14-18. Этапы чреспузырной аденомэктомии (а-ж). (Из: Оперативная урология / Под ред. Н.А. Лопаткина. — П., 1986.)

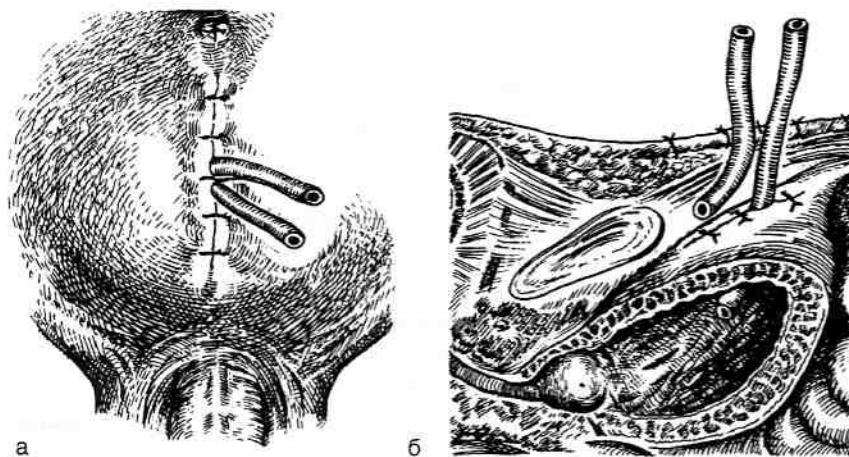


Рис. 14-19. Чреспузырная аденомэктомия «вслепую», а — рана передней брюшной стенки ушита до дренажей, б — в предпузырное пространство введены дренажные трубки. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочепо-

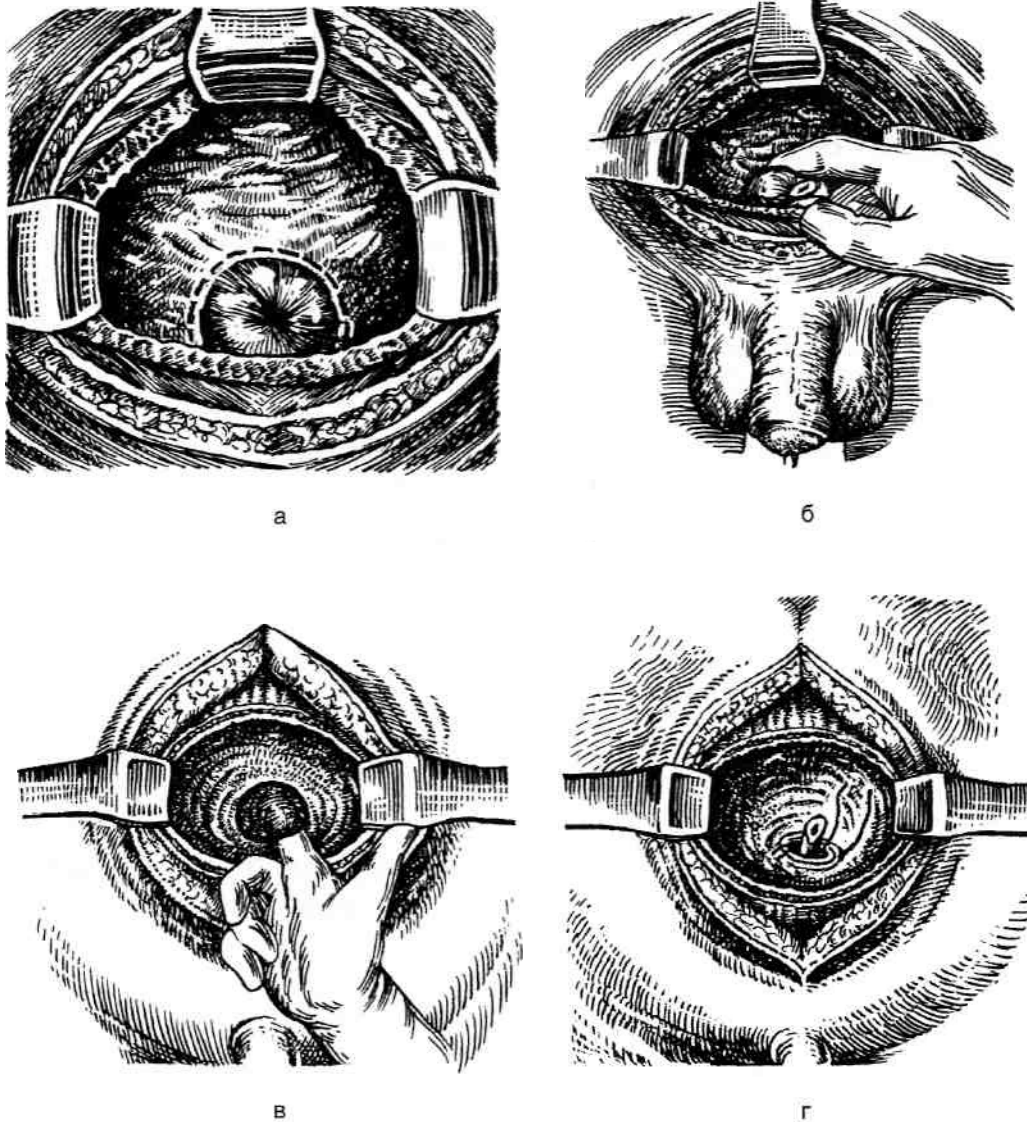


Рис. 14-20. Аденомэктомия, производимая под визуальным контролем, а — рана мочевого пузыря расширена, пунктиром показан разрез слизистой оболочки мочевого пузыря, б — кончик указательного пальца введен в слой между аденомой и хирургической капсулой, в — вылушивание аденомы, г — швы на ложе предстательной железы. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

ют слизистую оболочку мочевого пузыря и капсулу предстательной железы. Указательным пальцем левой руки, введённым в прямую кишку, поддают предстательную железу в полость мочевого пузыря, а указательным пальцем правой руки, введённым в слой между аденомой и хирургической капсулой, тупо выглушивают зденоматозные узлы. Через мочеиспускательный канал вводят резиновый катетер и в ложе предстательной железы ушивают мягкие ткани. Рану передней стенки мочевого пузыря закрывают двухрядным швом наглухо. В пред-

пузырное пространство на сутки вводят дренажную трубку.

ПРОМЕЖНОСТНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ

В настоящее время данная операция имеет лишь историческое значение, её выполняют в единичных случаях при наличии специальных показаний. До последнего времени основным показанием к промежностной аденомэктомии считали невозможность выполнения

чреспузырной или позадилобковой аденомэктомии.

ПОЗАДИЛОБКОВАЯ ВНЕПУЗЫРНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ

Операция разработана *А. Т. Лидским* в 1923 г. Эта операция показана при неосложнённых формах доброкачественной гиперплазии предстательной железы и при большом объёме гиперплазированной ткани с преимущественным внепузырным ростом. Вместе с тем этим способом трудно удалить узлы гиперплазии, растущие внутрипузырно. Достоинством операции считают отсутствие необходимости вскрытия мочевого пузыря и сокращение срока послеоперационного периода.

Техника. В мочеиспускательный канал предварительно вводят катетер. Срединным разрезом от лобка по направлению к пупку послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку и апоневроз. Тупо раздвигают мышцы, рассекают поперечную фасцию и попадают в предпузырное клетчаточное пространство. Здесь путём надрыва предпузырной фасции обнажают переднюю стенку мочевого пузыря (см. рис. 14-17;2). Скользя по ней вниз, тупо разделяют рыхлую клетчатку и попадают на верхние края лобково-предстательной связки, где перевязывают сосуды хирургической капсулы предстательной железы. Поперечным или дугообразным разрезом с выпуклостью к шейке мочевого пузыря вскрывают капсулу и отделяют её от аденоматозных узлов. После этого железу вылуцивают. В мочевой пузырь вводят постоянный катетер и капсулу зашивают наглухо узловыми кетгутовыми швами. К разрезу подводят резиновый дренаж и рану послойно ушивают.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Для проведения трансуретральной резекции существуют специальные оптические инструменты. После введения резектоскопа в мочевой пузырь под визуальным контролем проводят электродом разрез таким образом, чтобы получилось клиновидное иссечение выступа-

ющей в пузырь аденомы. В последней делают жёлоб, начиная от верхнего её края до семенного бугорка. Количество сеансов электрорезекции зависит в основном от состояния больного и местных анатомических изменений. Обычно резекцию производят за один сеанс, иногда — за несколько. Среди зарубежных хирургов широкое распространение получил метод электрорезекции (электрокоагуляции током высокой частоты). Операцию производят с использованием резектоскопа трансуретрально или чреспузырно. Петлёй резектоскопа последовательно срезают ткань аденомы сначала средней, а затем и боковых долей предстательной железы от семенного бугорка до треугольника мочевого пузыря (без повреждения треугольника, шейки или стенки мочевого пузыря). Резецированные кусочки ткани прилипают к петле или их удаляют путём промывания. К концу резекции между задней частью мочеиспускательного канала и треугольником мочевого пузыря не должно остаться выступающей в просвет мочевого пузыря аденоматозной ткани.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При раке предстательной железы выполняют радикальную простатэктомию: удаляют предстательную железу вместе с капсулой, семенные пузырьки, простатическую часть мочеиспускательного канала, шейку мочевого пузыря, тазовые лимфатические узлы с окружающей их клетчаткой. Чаще всего используют позадилобковую внепузырную простатэктомию по *Маринбаху* (рис. 14-21).

Техника. Переднюю брюшную стенку вскрывают продольным разрезом по средней линии, брюшину тупым путём отодвигают в краниальном направлении и обнажают переднюю стенку мочевого пузыря. После тщательного обследования тазовых лимфатических узлов подводят указательный палец левой кисти под левую, а затем под правую лобково-предстательную связку, и пересекают их вместе с проходящими в них сосудами между двумя лигатурами. Затем с каждой стороны рассекают боковую фасцию предстательной железы до уровня шейки мочевого пузыря, из окружающих тканей выделяют боковые части предста-

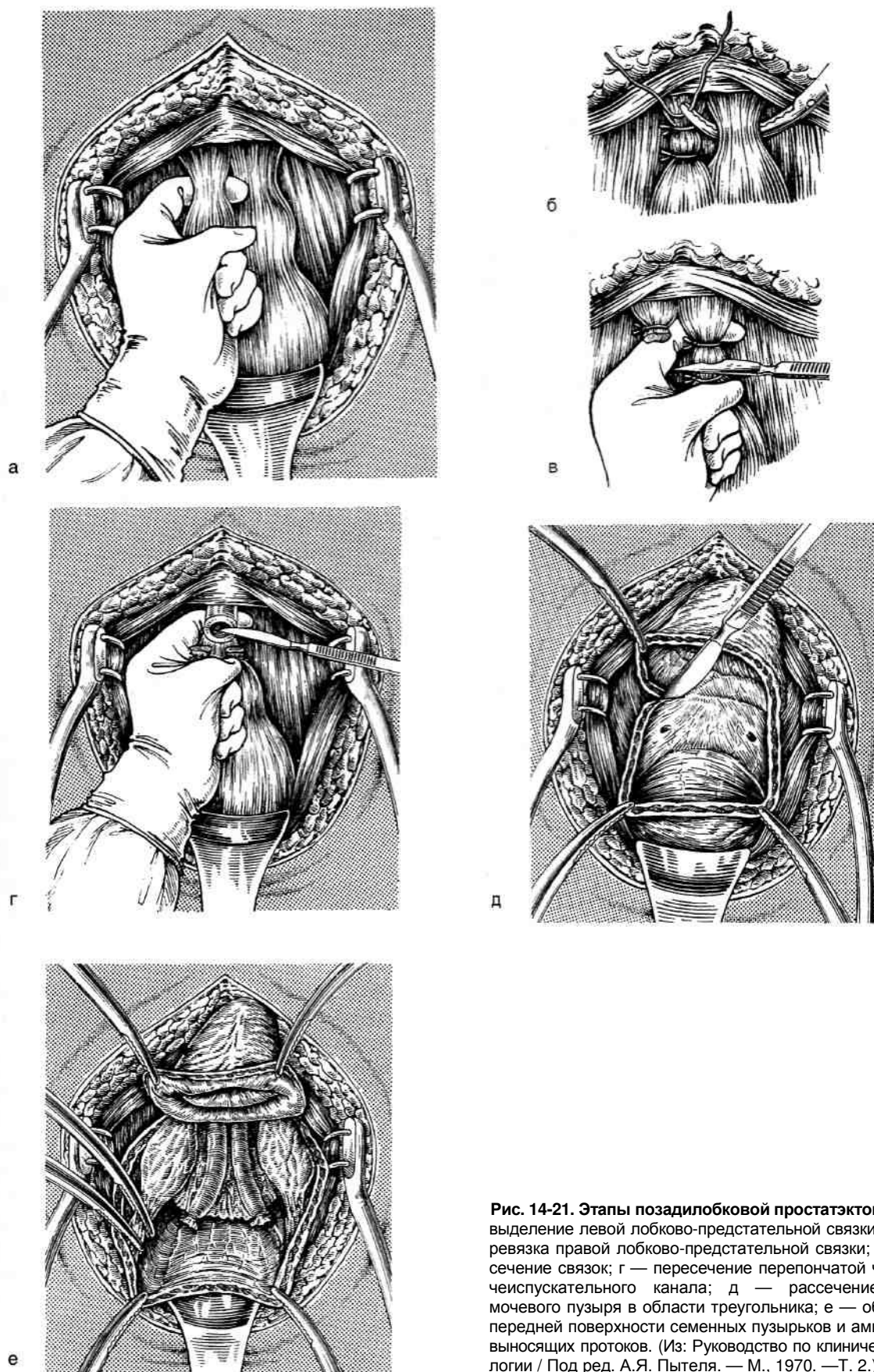


Рис. 14-21. Этапы позадилобковой простатэктомии. а — выделение левой лобково-предстательной связки; б — перевязка правой лобково-предстательной связки; в — рассечение связок; г — пересечение перепончатой части мочеиспускательного канала; д — рассечение стенки мочевого пузыря в области треугольника; е — обнажение передней поверхности семенных пузырьков и ампул семявыносящих протоков. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1970. —Т. 2.)

тельной железы и перепончатую часть мочеиспускательного канала. При выделении последней ориентиром служит предварительно введённый в мочевой пузырь катетер. Перепончатую часть мочеиспускательного канала пересекают в поперечном направлении у самой верхушки предстательной железы. После этого у боковой стенки мочевого пузыря отыскивают семявыносящий проток и пересекают его между двумя лигатурами в месте его отделения от стенки таза. Примыгающий к мочевому пузырю участок семявыносящего протока служит ориентиром для подхода сбоку к семенному пузырьку и ампуле семявыносящего протока и отделения их от прямой кишки. Переднюю стенку мочевого пузыря вскрывают небольшим поперечным разрезом, отступив на 1,5 см от края опухоли. После определения расположения устьев мочеточников разрез осторожно продлевают на боковые стенки пузыря и область треугольника. Рассечение последнего производят приблизительно посредине между устьями мочеточников и внутренним отверстием мочеиспускательного канала, отступив от устьев не менее чем на 1 см. При этом обнажается передняя поверхность семенных пузырьков и ампул семявыносящих протоков. Производят полное выделение семенных пузырьков и ампул семявыносящих протоков, после чего железу удаляют единым блоком вместе с шейкой мочевого пузыря, семенными пузырьками и ампулами семявыносящих протоков.

На заключительном этапе вмешательства дистальный участок перепончатой части мочеиспускательного канала соединяют с оставшейся частью мочевого пузыря (рис. 14-22). Лучше всего для этого пользоваться способом, предложенным *Флоксом* и *Кальном*, когда двумя параллельными разрезами в продольном направлении на передней стенке мочевого пузыря выкраивают лоскут шириной 3 см. Из выкроенного лоскута формируют трубку, а шейку мочевого пузыря сшивают в поперечном направлении. Мочеиспускательный канал и сформированную трубку сшивают на предварительно проведённом через них в мочевой пузырь катетере. Для предупреждения недержания мочи выкраивают продольную полоску из апоневроза прямой мышцы живота, подводят её под мочеиспускательный канал в области анастомоза и прикрепляют к апонев-

розу прямой мышцы живота противоположной стороны.

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища — широко распространённый и эффективный диагностический метод исследования, с его помощью можно легко подтвердить наличие внутрибрюшного кровотечения. Отсутствие крови в пунктате нельзя расценивать как признак, полностью исключающий внутрибрюшное кровотечение, так как наличие спаек в малом тазу может создать такие условия, когда излившаяся в брюшную полость кровь не проникает в прямокишечно-маточное углубление. Если игла попадает в кровеносный сосуд или матку, то в шприц насасывается такая же кровь, как при венепункции. При наличии внутрибрюшного кровотечения кровь тёмная, с мелкими сгустками, не свёртывается. При промывании шприца кровь, полученная из брюшной полости, легко смывается с его стенок. Если кровь взята из сосуда, то она легко свёртывается и смывание её требует больших усилий. У больных гнойным пельвиоперитонитом в пунктате обнаруживают гной, что рассматривают как показание к операции.

Техника. Для проведения пункции через задний свод во влагалище вводят влагалищное зеркало. Заднюю губу шейки матки берут на пулевые шиппы и подтягивают к лону. При этом задний свод влагалища растягивается. В центр растянутого влагалищного свода перпендикулярно поверхности вводят длинную иглу диаметром не более 2 мм и продвигают на 1-1,5 см, чтобы получить пунктат (рис. 14-23).

При растянутом своде тазовая брюшина тесно прилегает к стенке влагалища, поэтому вполне достаточно продвинуть иглу в брюшную полость на 1 — 1,5 см, чтобы получить пунктат. При более глубоком продвижении иглы может произойти ранение кишки или опухоли. Игла при продвижении должна легко преодолевать препятствие. Если при введении иглы ощущается сильное сопротивление, нужно изменить направление иглы или отказаться от пункции.

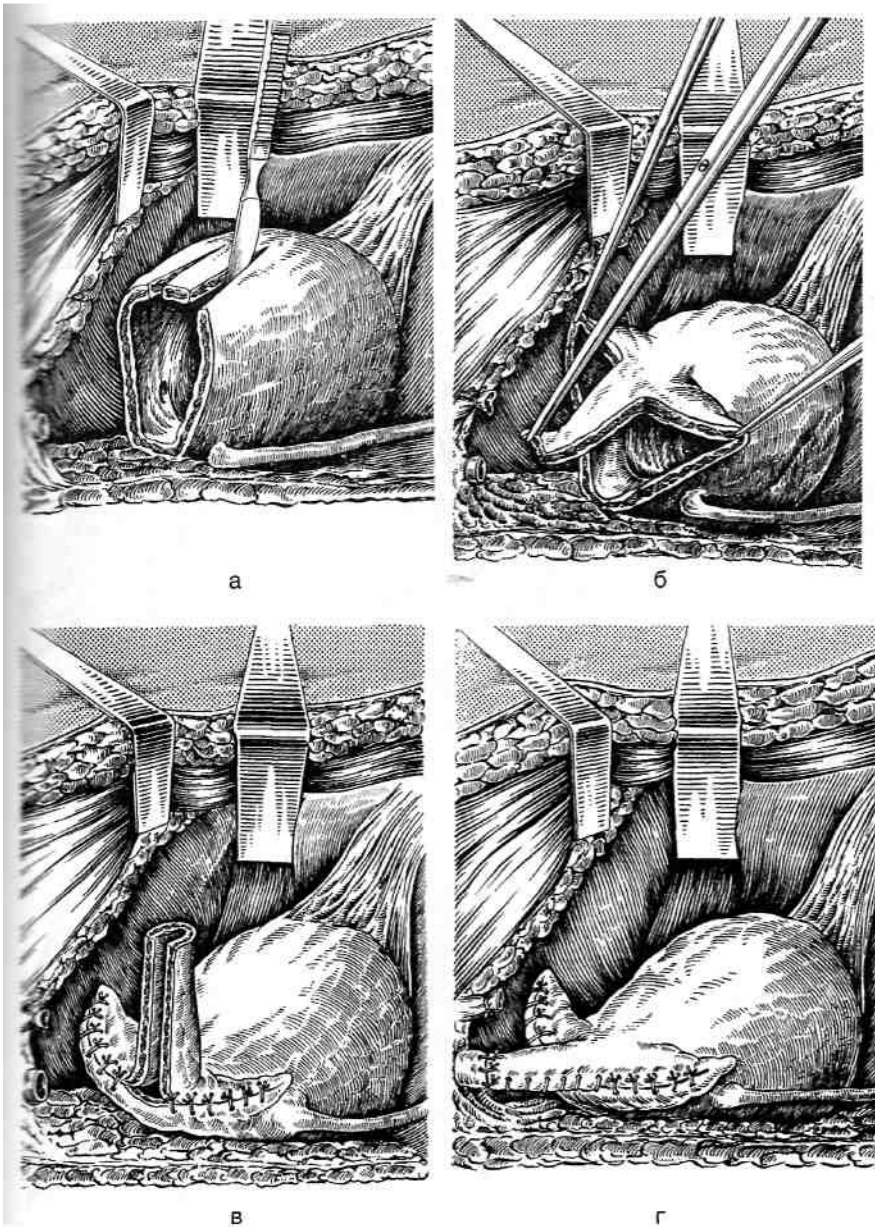


Рис. 14-22. Этапы соединения дистального участка перепончатой части мочеиспускательного канала с оставшейся частью мочевого пузыря, а — выкраивание лоскута из мочевого пузыря, б — определение длины лоскута, в — формирование трубки, г — наложение анастомоза между сформированной трубкой и мочеиспускательным каналом. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1970. — Т. 2.)

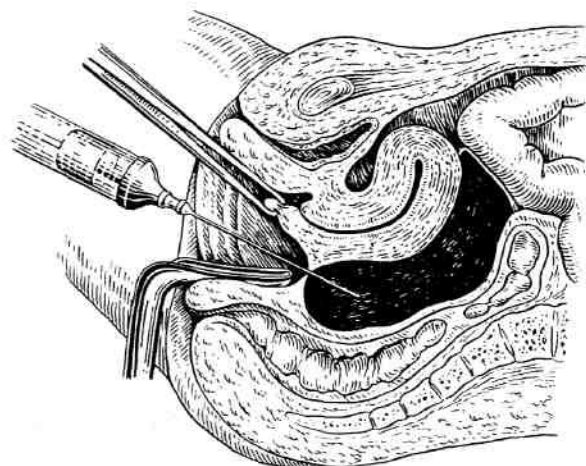


Рис. 14-23. Пункция заднего свода влагалища. (Из: Хирургия. Оперативная гинекология. — М., 1999.)

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ В ГИНЕКОЛОГИИ

В гинекологии существуют два доступа для операций на органах малого таза: брюшно-стеночный и влагалищный.

- Влагалищный доступ выполняют по соответствующим показаниям, например при выпадении внутренних половых органов.
- Во всех случаях повторных лапаротомий, опухолевых поражений внутренних половых органов, спаечных процессах брюшной полости, а также при необходимости подвергнуть ревизии органы брюшной полости применяют брюшно-стеночный доступ. В гинекологической практике используются три вида лапаротомий:
 - ♦ нижнюю срединную;
 - ♦ надлобковый поперечный разрез по *Пфанненштилю*;
 - ♦ поперечный интерилеокальный разрез по *Черни*.

НИЖНЯЯ СРЕДИННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

Нижняя срединная лапаротомия обеспечивает достаточный доступ к операционному полю при необходимости ревизии органов брюшной полости, а также при повторных лапаротомиях.

Техника. Проводят послойный линейный разрез передней брюшной стенки от лобка к

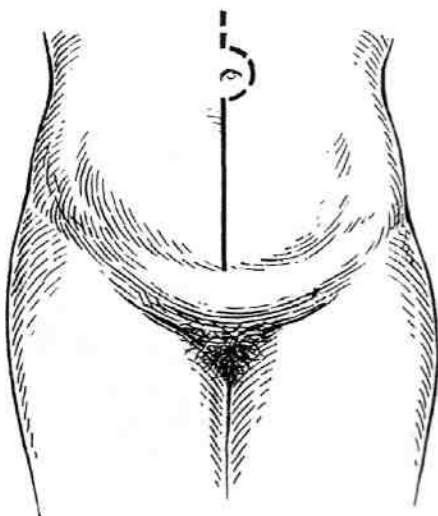


Рис. 14-24. Нижняя срединная лапаротомия. (Из: *Персианов Л.С.* Оперативная гинекология. — М., 1976.) пупку (рис. 14-24),

Рассечение апоневроза производят на всю длину кожной раны. Отступив на 0,5 см в сторону, вскрывают сухожильное влагалище одной из прямых мышц и отодвигают её латерально. Широко обнажаются предбрюшинная клетчатка и брюшина. Брюшину захватывают анатомическими пинцетами и, убедившись в отсутствии прилегающих к ней петель кишки, производят вскрытие брюшной полости (рис. 14-25, а, б, в).

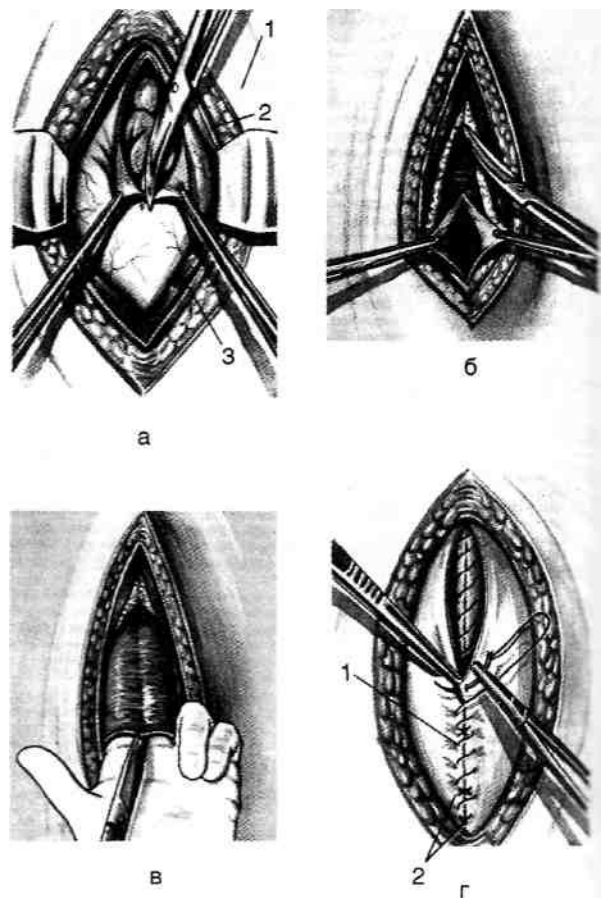


Рис. 14-25. Нижняя срединная лапаротомия. а— начало вскрытия брюшной полости: 1 — кожа и подкожная жировая клетчатка, 2 — апоневроз, 3 — прямая мышца живота; б — смещение предбрюшинной клетчатки с мочевым пузырем; в— рассечение брюшины под контролем пальца; г— ушивание апоневроза: 1 — наложение непрерывного шва на апоневроз, 2 — подкрепляющие отдельные шёлковые швы (Из: *Давыдов С.Н., Ромов В.М., Шейко В.З.* Атлас гинекологических операций. — П., 1973.)

Края брюшины захватываются зажимом? *Микулича—Радецкого* вместе с приложенными к брюшине марлевыми салфетками и подшивают к коже, прикрыв мышцы и подкожную жировую клетчатку. Проводят ревизию органов малого таза. После этого послойно ушивают

переднюю брюшную стенку, причём после сближения мышц края апоневроза сшивают сверху вниз, используя шов *Ревердена* (рис. 14-25, г), обеспечивающий плотное соединение краёв. Для надёжной гарантии и предупреждения эвентерации рекомендуется дополнительно по всей длине раны провести еще 3—4 узловых шёлковых подкрепляющих шва.

НАДЛОБКОВЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЕЗ ПО ПФАННЕНШТИЛЮ

Данный доступ имеет преимущества, так как не приводит к образованию послеоперационных грыж и обеспечивает хороший косметический эффект. Недостатком доступа считают отсутствие достаточного простора операционного поля.

Техника. Проводят поперечный послойный разрез передней брюшной стенки по надлобковой кожной складке, отступив от лонного :эчленения на 3—4 см кверху (рис. 14-26).

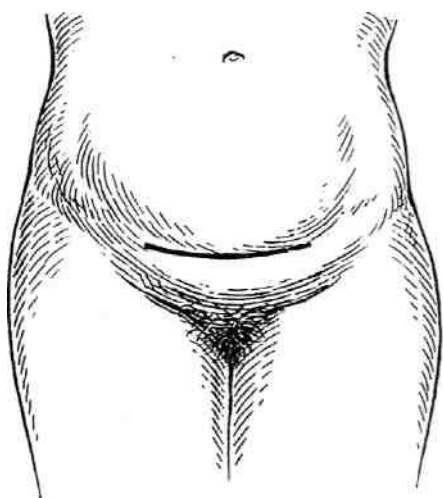


Рис. 14-26. Поперечная лапаротомия по *Пфанненштилю*. (Из: *Персианов Л.С.* Оперативная гинекология. — М., 1976.)

Края апоневроза тупым и частично острым путём отводят кверху и книзу (рис. 14-27, а) и широко обнажают прямые мышцы живота (рис. 14-27, б). После этого мышцы отделяют друг от друга в стороны и вскрывают брюшину (рис. 14-27, в). Ушивание раны передней брюшной стенки производят послойно.

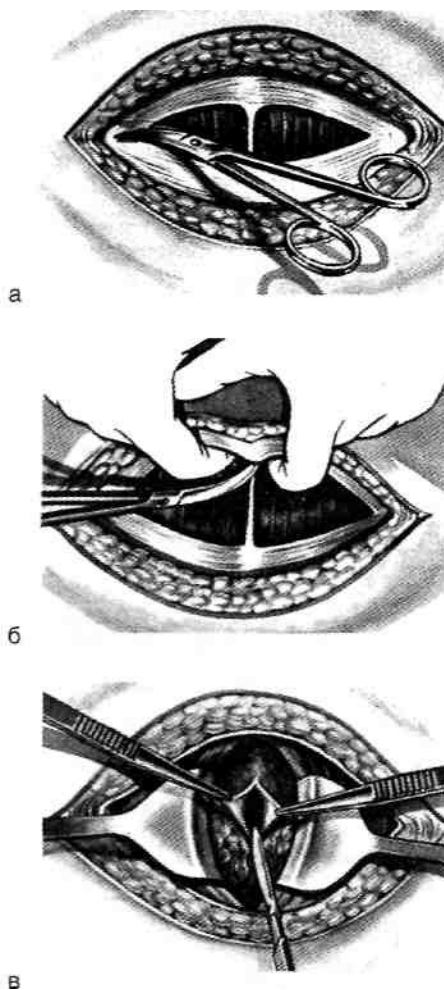


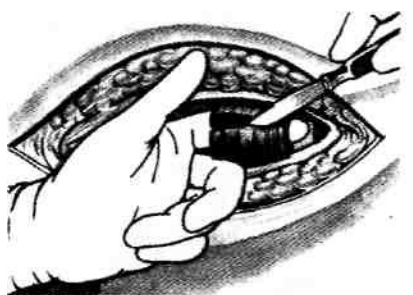
Рис. 14-27. Поперечная лапаротомия по *Пфанненштилю*. а — послойное рассечение кожи, подкожной клетчатки и апоневроза, б — выделение апоневроза, в — продольное вскрытие брюшной полости. (Из: *Давыдов СИ., Ромов В.М., Шейко В.З.* Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

ЛАПАРОТОМИЯ ПО ЧЕРНИ

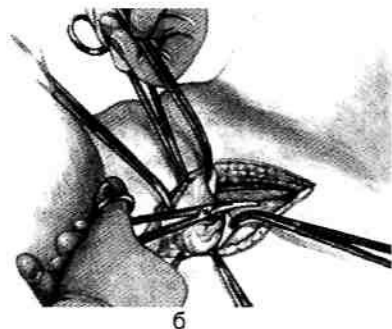
При этом виде лапаротомии обеспечивается достаточно широкий доступ к операционному полю, позволяющий в равной мере успешно манипулировать как в нижних, так и в верхних отделах брюшной полости. Разрез даёт хороший косметический эффект.

Техника. Вскрытие брюшной полости по методу *Черни* выгодно отличается от способа по *Пфанненштилю* благодаря образуемому широкому доступу к органам малого таза, особенно к его глубоким отделам, независимо от толщины подкожно-жирового слоя. Проводят послойное рассечение кожи и подкожной клетчатки в поперечном направлении на 3—6 см

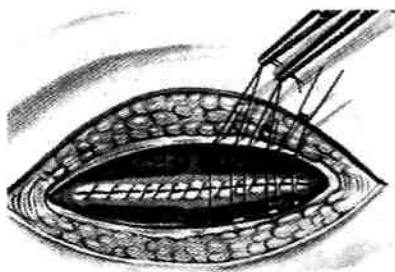
выше лона. Захватив края апоневроза по средней линии, слегка отсепаровывают его кверху и книзу и обнажают прямые мышцы живота. Подведя указательный палец под одну из прямых мышц живота, приподнимают её и рассекают в поперечном направлении (рис. 14-28, а). То же самое проделывают и с другой стороны. В ряде случаев при небольших размерах опухоли можно ограничиться рассечением мышцы только с одной стороны. При обнажении брюшины в латеральных отделах раны обнаруживают идущие параллельно прямым мышцам живота нижние надчревные сосуды. Сосуды пережимают, рассекают между зажимами и лигируют. Вскрытие брюшины лучше производить не по средней линии, а несколь-



а



б



в

Рис. 14-28. Интерилеокальный доступ по Черни, а — пересечение прямой мышцы живота, б — поперечное рассечение брюшины, в — вид ушитой брюшины, соединение пересечённых отделов прямых мышц живота. (Из: Давыдов СИ., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — П., 1973.)

ко сбоку от неё во избежание случайного ранения высокорасположенного мочевого пузыря. Дальнейшее расширение разреза брюшины производят в поперечном направлении под визуальным контролем (рис. 14-28, б).

Ушивание раны передней брюшной стенки при данном доступе имеет некоторые особенности: брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, а рассечённые части мышц соединяют между собой отдельными П-образными кетгутовыми швами. При движении иглы параллельно краям разреза рекомендуется на протяжении 0,5—1 см прошивать апоневроз, что предохраняет мышцу от прорезывания при затягивании шва (рис. 14-28, в). В этих же целях затягивание швов с обеих сторон производят одновременно хирургом и ассистентом после проведения лигатур. Зашивание апоневроза, подкожной клетчатки и кожи производят обычным способом.

КОЛЬПОТОМИЯ

ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОТОМИЯ

Разрезы передней стенки влагалища как первый этап некоторых операций могут иметь различные направления в зависимости от общего плана намеченного хирургического вмешательства (рис. 14-29, а, б, в). Например, если не предполагается выполнять какие-либо вмешательства на самой стенке влагалища или мочевом пузыре, то целесообразно провести языкообразный разрез и таким образом отделить от шейки матки лоскут, содержащий мочевой пузырь и переднюю стенку влагалища. Напротив, при необходимости вмешательства на мочевом пузыре разрез целесообразно провести по средней линии, так как в последующем потребуется отделять стенку влагалища от мочевого пузыря.

Языкообразный разрез передней стенки влагалища проводят после низведения шейки матки к его наружным отделам (входу во влагалище) щипцами Мюзо. Линия разреза должна проходить несколько ниже края мочевого пузыря, этому условию удовлетворяет разрез, проведённый в месте перехода гладкой слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть шейки матки, в складчатую слизистую оболочку влагалищного свода, обычно в месте расположения первой поперечной складки слизи-

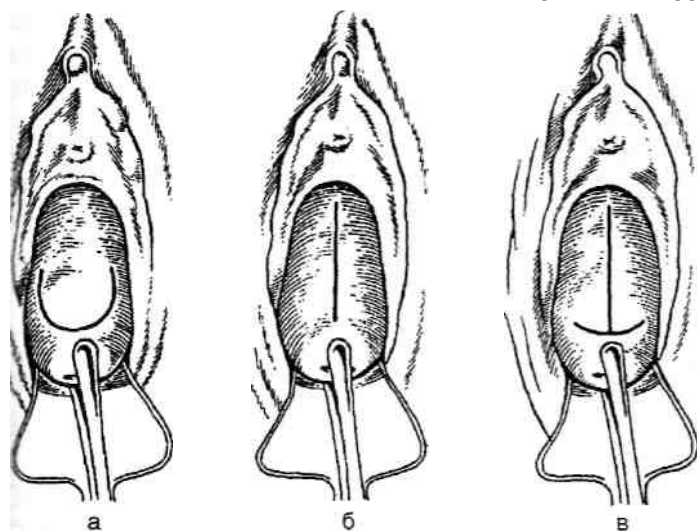


Рис. 14-29. Варианты разрезов передней стенки влагалища. а — языкообразный разрез передней стенки влагалища, как бы очерчивающий нижний край мочевого пузыря, б — продольный срединный разрез передней стенки влагалища, в — дополнительный поперечный разрез в нижнем конце продольного. (Из: Давыдов С.Н., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — П., 1973.)

той оболочки влагалища. Стенку влагалища рассекают вместе с подлежащей фасцией. При правильном по глубине разрезе края раны расходятся и становится хорошо заметной рыхлая клетчатка с более плотными мелкими тяжами соединительной ткани, тянущимися по направлению к мочевому пузырю. Пинцетом захватывают верхушку отсечённого лоскута вместе с подлежащими тканями и приподнимают его кверху. Этот приём позволяет выявить край мочевого пузыря и соединительнотканые тяжи, тянущиеся к нему от шейки матки. В дальнейшем последовательно производят манипуляции, показанные на рис. 14-30. Дальнейшее отделение мочевого пузыря обычно не представляет трудностей и может быть выполнено острым или тупым путём [пальцем (рис. 14-30, а, б) или небольшим марлевым тупфером]. Отслойку мочевого пузыря удобнее производить при введённом под него «подъёмнике», которым расширяется рана и облегчается осмотр появившейся в глубине раны пузырно-маточной складки брюшины (рис. 14-30, в). При пальпации этого участка определяется более скользящая (пружинящая) по сравнению с рыхлой клетчаткой ткань. После обнажения пузырно-маточной складки брюшины ее захватывают двумя зажимами и рассекают в поперечном направлении в обе стороны, увеличивая таким образом внутрибрюшинный доступ к органам малого таза (рис. 14-30, г). Для того чтобы в последующем можно было легко найти пузырно-маточную складку брюшины, её верхний (передний) край прошивают кетгутом, а концы нити прикрепляют к простыне.

Через кольпотомическое отверстие можно ввести один или два пальца и обследовать доступные органы, при этом основное внимание обращают на наличие спаек, величину, подвижность матки и придатков. После ревизии приступают к выполнению необходимого объёма хирургического вмешательства (рис. 14-30, д).

Закрытие кольпотомического отверстия может быть произведено по-разному, выбор способа зависит от характера основного вмешательства: при оставшейся матке брюшину пузырно-маточной складки пришивают 2—3 кетгутовыми швами к брюшине матки, при её удалении соединяют края брюшинных листков пузырно-маточной складки и прямокишечно-маточного углубления. Рану влагалищной стенки зашивают кетгутовыми узловыми швами.

ЗАДНЯЯ КОЛЬПОТОМИЯ

Влагалище обнажают зеркалами, щипцами *Мюзо*, наложенными на заднюю губу шейки матки, отводят матку по направлению к лобку. Так образуется широкий доступ к заднему своду влагалища. По границе между гладкой слизистой оболочкой, покрывающей влагалищную часть шейки матки, и складчатой слизистой оболочкой влагалищного свода производят поперечный разрез стенки влагалища и подлежащей рыхлой влагалищно-прямокишечной клетчатки. Края раны захватывают зажимами и разводят их кверху и книзу, обнажая таким образом брюшину прямокишечно-маточного углубления, последнюю рассекают на том же уровне в поперечном направлении (рис. 14-31). Обычно

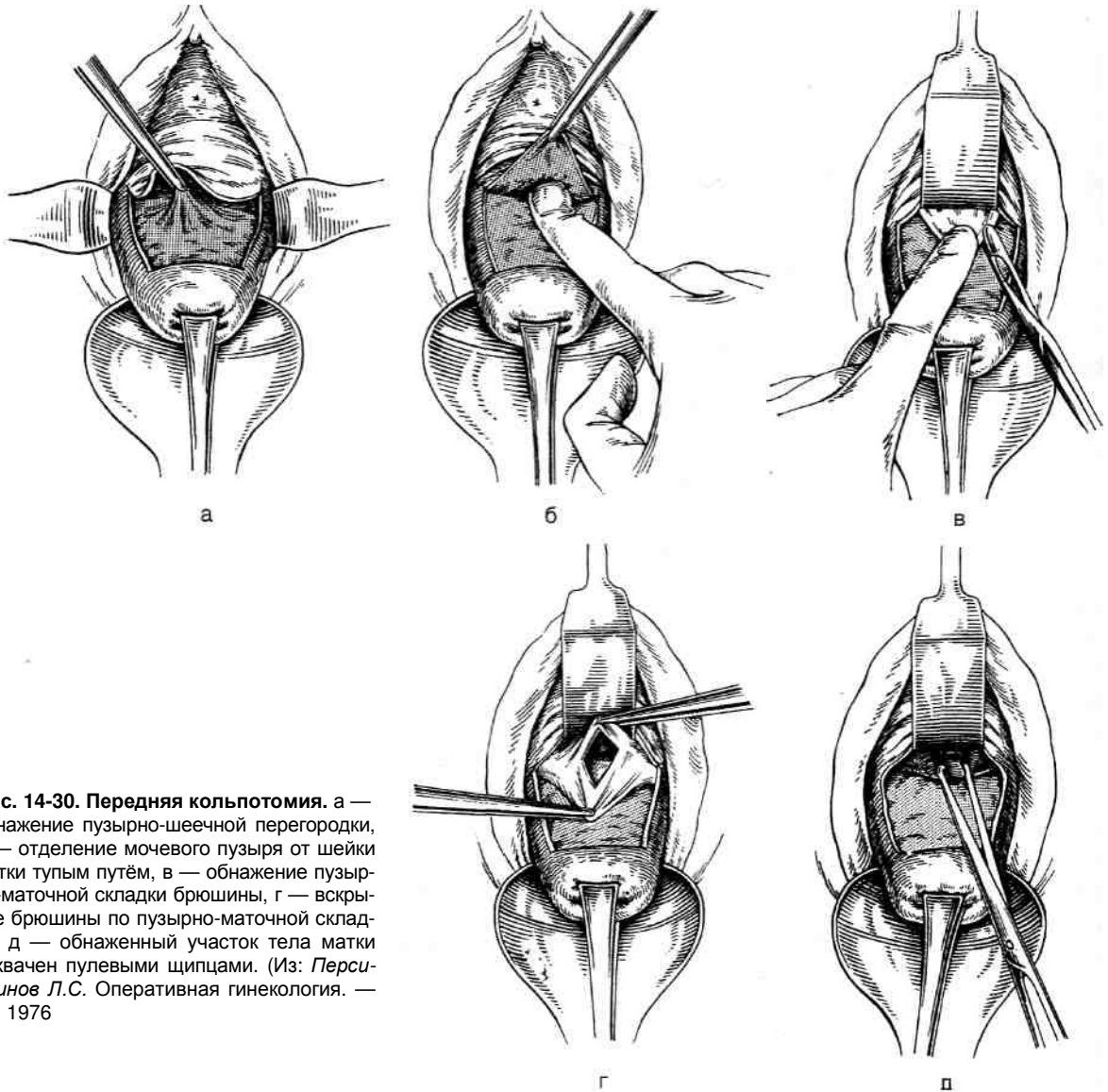


Рис. 14-30. Передняя кольпотомия. а — обнажение пузырно-шеечной перегородки, б — отделение мочевого пузыря от шейки матки тупым путём, в — обнажение пузырно-маточной складки брюшины, г — вскрытие брюшины по пузырно-маточной складке, д — обнаженный участок тела матки захвачен пулевыми щипцами. (Из: *Персианинов Л.С.* Оперативная гинекология. — М., 1976)

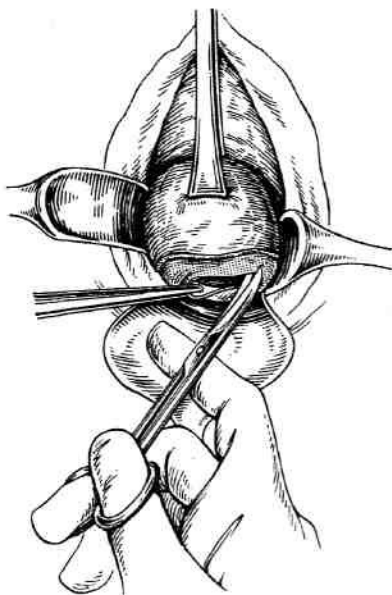


Рис. 14-31. Задняя кольпотомия. Рассечение стенки влагалища, в области заднего свода. Рассечение прямокишечно-маточного углубления брюшины. (Из: *Персианинов Л.С.* Оперативная гинекология. — М., 1976.)

ширину раны брюшины ограничивают крестцово-маточные связки. Если возникает необходимость в более широком доступе, крестцово-маточные связки пересекают, предварительно перевязав их. Во избежание ранения прямой кишки не следует увеличивать отверстие за счёт расширения раны книзу (кзади). Зашивание раны производят путём наложения кетгутовых швов отдельно на брюшину и влагалищную стенку.

ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ БЕЗ УДАЛЕНИЯ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Цель подобных операций — сохранение органа и репродуктивной функции женщины. Желательно производить эти операции у больных не старше 30—35 лет. Особенно показаны такие операции в случаях, когда у больной имеется лишь одна маточная труба и больная очень заинтересована в сохранении детородной функции.

Предложено несколько видов органосохраняющих операций при трубной беременности. А. Э. Мандельштам (1939) и другие авторы предложили операцию, при которой маточную тру-

бу рассекают в продольном направлении над плодным яйцом, удаляют плодное яйцо, а стенку трубы восстанавливают кетгутовыми швами (рис. 14-32).

Другой вариант операции предполагает иссечение поражённой части трубы вместе с плодным яйцом и затем сшивание её конец в конец или вшивание в угол матки.

Во время органосохраняющих операций всегда следует помнить о деструктивных изменениях, происходящих в маточной трубе в результате воспалительного процесса, а также при развитии в ней беременности.

ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С УДАЛЕНИЕМ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Чаще всего сальпингэктомию (*salpingectomy*) производят по поводу трубной беременности или поражения трубы воспалительным процессом.

Техника. Путём придания больной положения *Тренделенбурга* добиваются смещения петель кишок к диафрагме. После этого вскрывают брюшную стенку, используя один из описанных выше способов лапаротомии. В рану выводят изменённую маточную трубу (рис. 14-33, а). Приподняв трубу кверху, натягивают её брыжейку и, последовательно захватывая участки брыжейки, пере-

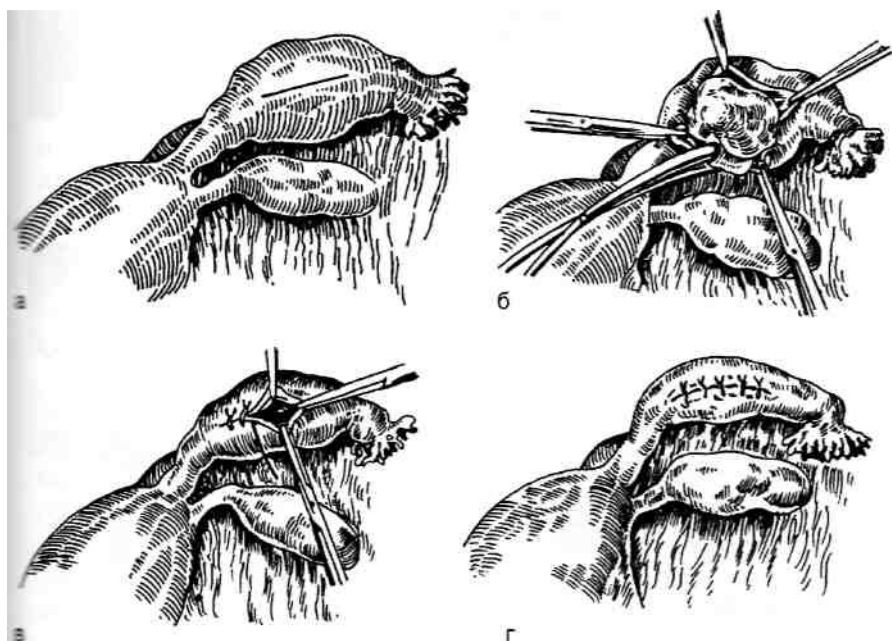


Рис. 14-32. Операция при трубной беременности с сохранением маточной трубы, а — линия разреза стенки трубы, б — полость трубы вскрыта, плодное яйцо удаляют марлевым тупфером, зажатый в корнцанг, в, г — зашивание разреза стенки трубы. (Из: *Персианинов Л.С.* Оперативная гинекология. — М., 1976.)

секают их и лигируют кетгутом. При этом зажимы должны ложиться параллельно участкам маточной трубы (рис. 14-33, б). Применявшееся ранее при трубной беременности иссечение внутривенного отдела трубы из стенки матки в настоящее время, как правило, не производят, так как это приводит к образованию на матке рубца (опасность разрыва матки при последующей маточной беременности). После контроля на гемостаз приступают к перитонизации культи брыжейки. Перитонизация может быть произведена путём прикрытия культей круглой маточной связкой (рис. 14-33, в, г). При достаточной подвижности и величине оставшейся части мезосальпинкса можно произвести перитонизацию путём перекрытия им культей. Этот способ перитонизации более анатомичен, так как при его использовании не наблюдается смещений матки, почти неизбежных при перитонизации круглой маточной связкой.

Проверяют состояние другой маточной трубы, высушивают кровь в маточно-прямокишечном и пузырно-маточном пространствах. На

операционную рану брюшной стенки накладывают послойно швы. При выполнении операций по поводу внематочной беременности вследствие образовавшихся сращений могут возникнуть трудности на этапе выведения трубы. В этих случаях поступают так, как при воспалительном поражении придатков (предварительное разделение сращений и восстановление по возможности нормальных анатомических отношений).

В отношении второй маточной трубы при операции по поводу трубной беременности нет единого мнения. Некоторые авторы предлагают удалять обе трубы одновременно. Однако существует мнение, что вторую маточную трубу можно оставить даже при наличии в ней нерезко выраженного воспалительного процесса. Сторонники бережного отношения ко второй маточной трубе основываются на том, что частота наступления нормальной маточной беременности после оперативного удаления одной трубы намного превышает частоту повторной трубной беременности. При оставле-

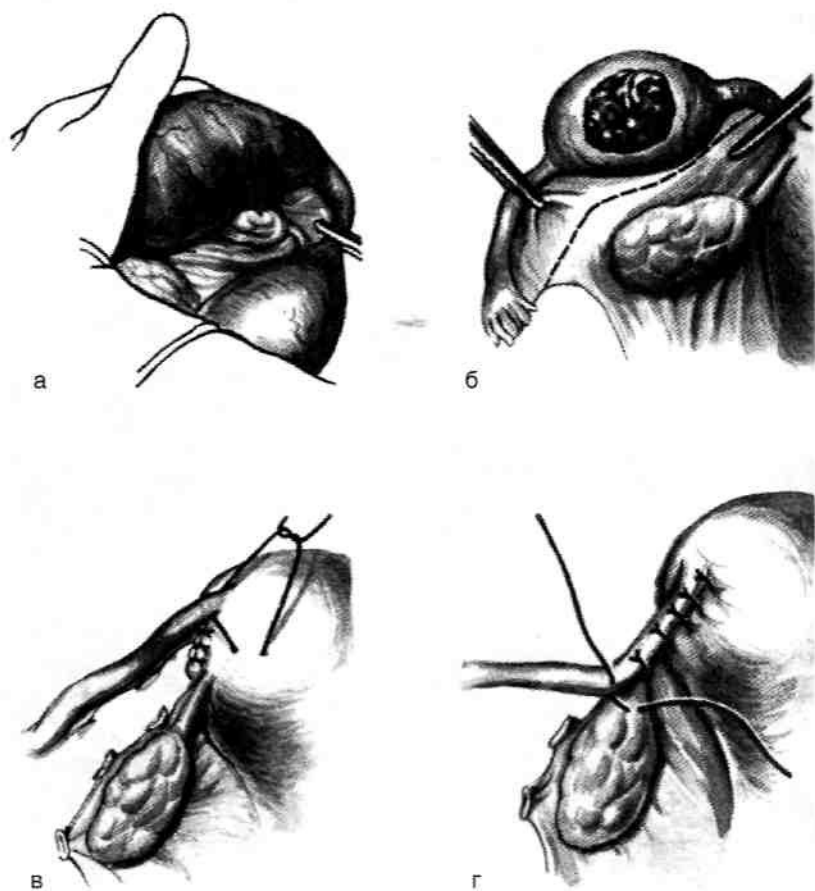


Рис. 14-33. Операция при внематочной беременности, а — выведение трубы в рану, б — наложение зажимов на брыжейку трубы, в — начальный этап перитонизации, г — окончательный этап перитонизации с использованием круглой связки матки. (Из: Давыдов СИ., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. — Л., 1973.)

нии второй маточной трубы важно правильно оценить её анатомо-функциональное состояние. Поскольку визуально и пальпаторно сделать это правильно не всегда удаётся, некоторые авторы предлагают проверять также проходимость трубы методом ретроградной гидротубации. При наличии грубых воспалительных изменений, в частности при нодозном сальпингите, когда нет оснований надеяться на восстановление нормальной функции, другая труба также подлежит удалению.

После удаления маточной трубы или придатков с поражённой стороны нужно дренировать полость абсцесса путём выведения резиново-марлевого тампона через дополнительное отверстие в брюшной стенке. Желательно также произвести заднюю кольпотомию и дренировать полость абсцесса с помощью резиновой трубки, выведенной во влагалище. Трубку извлекают на 5—6-е сутки после операции.

Ведение послеоперационного периода при внематочной беременности имеет некоторые особенности. После окончания операции больную обкладывают грелками, а на живот кладут на 2—3 ч мешочки с песком для лучшего гемостаза в передней брюшной стенке.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Операцию с целью лечения бесплодия предпринимают только после безуспешной и длительной консервативной терапии с целью восстановления детородной функции при отсутствии нарушений менструального цикла, противопоказаний к вынашиванию беременности и при настойчивом желании женщины иметь ребёнка. Наиболее целесообразно производить оперативное вмешательство в середине менструального цикла.

САЛЬПИНГОЛИЗИС

Суть операции заключается в освобождении маточной трубы из спаек, метод чаще применяют как дополнительное вмешательство при ретрофлексии матки и др. В последние годы сальпинголизис стали применять чаще, так как в настоящее время женское бесплодие нередко бывает связано лишь с наличием

спаек, окутывающих проходимость маточную трубу.

Техника. Брюшную полость вскрывают небольшим поперечным надлобковым разрезом. Раздвигают края брюшной раны зеркалом и производят тщательный осмотр внутренних половых органов и окружающей их брюшины. Спайки осторожно рассекают кончиками ножниц, используя гидравлическую препаровку. Грубые и поспешные манипуляции приводят к восстановлению спаечного процесса и повторной непроходимости труб. После освобождения маточной трубы из спаек тщательно осматривают отверстие в ампулярной её части. Если имеется частичное слипание краев отверстия, их осторожно разводят анатомическими пинцетами или маленьким тупфером, взятым в зажим. После освобождения придатков матки из спаек проверяют проходимость маточной трубы путём её продувания. Ретроградную пертубацию производят со стороны влагалища, вводя в шейку матки наконечник шприца и вдувая воздух шприцем через брюшной конец маточной трубы (рис. 14-34).

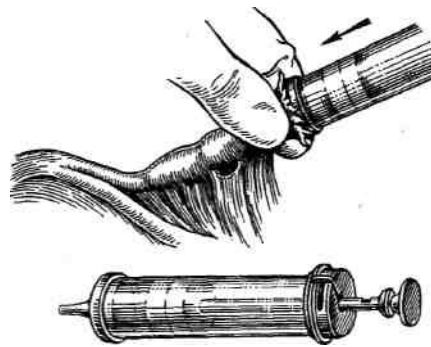


Рис. 14-34. Проверка проходимости маточной трубы. Вдувание воздуха шприцем через брюшной конец маточной трубы. (Из: Давыдов СИ., Ромов В.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. —Л., 1973.)

При ретроградной пертубации в трубу можно вводить тонкую полиэтиленовую трубку, подсоединяя её к канюле шприца. Вместо пертубации может быть использована и гидротубация с введением подкрашенного раствора. Убедившись в проходимости труб, брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧКЕ И СЕМЕННОМ КАНАТИКЕ

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОДЯНКИ ЯИЧКА

Водянка оболочек яичка (гидроцеле) — скопление серозной жидкости между париетальной и висцеральной пластинками влагалищной оболочки яичка. К настоящему времени предложено множество способов оперативного лечения водянки оболочек яичка. Часть предложенных методов широко применяется (операции *Винкельманна* и *Бергманна*), другие операции (*Алфёрова*, *Оздъёк*, *Клаппа* и др.) не получили широкого распространения из-за своей недостаточной эффективности или относительной сложности. Каждый способ оперативного лечения водянки оболочек яичка должен отвечать следующим требованиям:

- Отсутствие рецидивов.
- Минимальная травматизация, сокращение числа осложнений.
- Сведение к минимуму нарушений функции яичка.
- Максимальное сокращение периода нетрудоспособности.

Существуют два принципа оперативного лечения приобретённой водянки оболочек яичка. Первый заключается в ликвидации серозной полости между листками влагалищной оболочки яичка (операции *Винкельманна*, *Бергманна*, *Клаппа*), второй — в увеличении всасывания серозной жидкости (операции *Алфёрова*, *Фолькманна* и др.).

Оценивая результаты хирургических вмешательств по поводу водянки оболочек яичка, *Родригес* и соавт. (1981) выявили после операции *Бергманна* в 76% случаев выраженный отёк мошонки, в 20% гематому и в 8% нагноение раны. После операции *Винкельманна* отёк мошонки возник у 91%, гематома — у 22%, нагноение раны — у 14% и абсцесс мошонки — у 4,5% больных.

ОПЕРАЦИЯ ВИНКЕЛЬМАННА

Показания. Водянка оболочек яичка у детей старше 10 лет, предшествовавшие воспалению, травма.

Техника. Разрезом длиной до 5—7 см несколько выше паховой складки до передненаружной поверхности мошонки рассекают кожу и подкожную клетчатку. Рассекают мышцу, поднимающую яичко, и внутреннюю семенную фасцию, пока не будет виден участок гладкой поверхности влагалищной оболочки яичка. В рану осторожно выводят водяночный мешок с яичком. При значительно выраженной водянке троакарном выпускают жидкость: захватив двумя хирургическими пинцетами переднюю часть собственной влагалищной оболочки яичка, рассекают её в продольном направлении от верхнего до нижнего полюса. Далее извлекают яичко в рану (рис. 14-35, а).

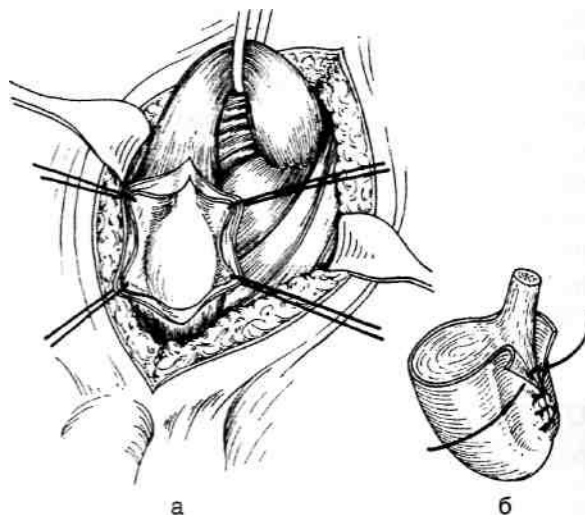


Рис. 14-35. Операция при водянке оболочек яичка по *Винкельманну*: а — собственная влагалищная оболочка яичка рассечена, б — оболочки яичка соединяются узловыми швами позади придатка яичка. (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литтманна. — Будапешт, 1981.)

Перевязывают вагинальный отросток и удаляют шеечный и средний его отделы. После этого собственную оболочку яичка выворачивают вокруг него наизнанку (серозным покровом наружу) так, чтобы яичко, придаток и семенной канатик оказались вне её полости. После этого сшивают края разреза непрерывным кетгутовым швом (вкол иглы производят в 0,2—0,3 см от края разреза во избежание повреждения придатка) позади яичка и семенного канатика таким образом, чтобы верхний конец разреза охватывал семенной канатик (рис. 14-35, б). Заводят корнцанг в полость мошонки, раздвигают ткани и погружают яичко в мошонку. Накладывают швы на подкожную клетчатку и кожу.

Исечение и выворачивание грыжевого мешка производят с целью ликвидации замкнутой серозной полости, воспаление стенок которой может привести к образованию водянки яичка или семенного канатика. В результате этой операции яичко находится вне замкнутой серозной полости и продуцируемая его висцеральной серозной поверхностью жидкость всасывается в клетчатку мошонки. Во всех случаях при операции по поводу водянки оболочки яичка производят ревизию по ходу тяжа, идущего к внутреннему отверстию пахового канала, чтобы установить, нет ли добавочных кист по ходу влагалищного отростка брюшины или паховой грыжи.

ОПЕРАЦИЯ КЛАППА

При операции *Клаппа* оболочки не выворачивают, а ушивают их в виде валика вокруг яичка.

ОПЕРАЦИЯ БЕРГМАННА

Показания. Способ *Бергманна* применяют, если собственная оболочка резко утолщена и склерозирована.

Техника. Вскрывают водяночную опухоль. Утолщенные оболочки яичка не выворачивают серозной поверхностью наизнанку, а резецируют на большом протяжении, оставляя брюшину только на семенном канатике и яичке. На остатки же собственной оболочки яичка накладывают непрерывный кетгутовый шов (рис. 14-36, а, б). После этого яичко погружают в мошонку и рану послойно зашивают наглухо.

ОПЕРАЦИЯ РОССА (ПЕРЕВЯЗКА ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ)

Показание. Водянка оболочек яичка или семенного канатика у детей в возрасте от 2 до 10 лет.

Техника. Кожу рассекают разрезом в паховой области длиной 3—6 см. Подход к влагалищному отростку аналогичен операции при паховой грыже (см. главу 12). Влагалищный отросток у наружного отверстия пахового канала выделяют

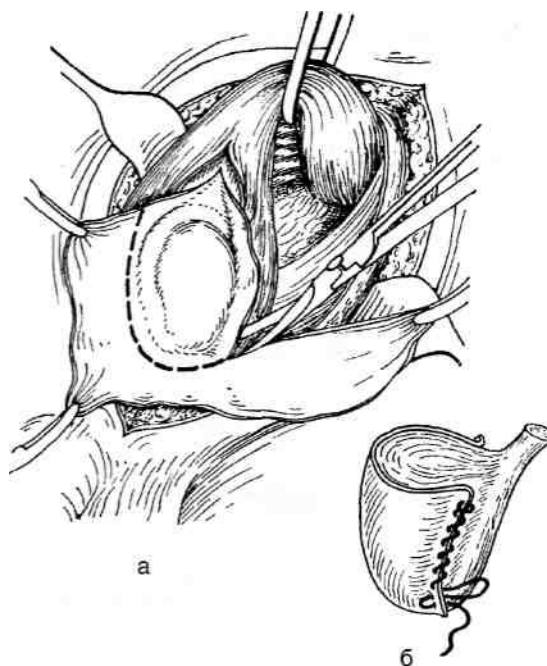


Рис. 14-36. Операция при водянке оболочек яичка по *Бергманну*. а — резекция оболочек яичка, б — ушивание оболочек яичка. (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литманна. — Будапешт, 1981.)

из элементов семенного канатика, прошивают у шейки кетгутом и перевязывают с обеих сторон. При водянке семенного канатика водяночную полость, представляющую собой необлитерированный влагалищный отросток брюшины, на всём протяжении выделяют из элементов семенного канатика и удаляют целиком. При водянке оболочек яичка вагинальный отросток мобилизуют только до верхнего полюса яичка, где пересекают с образованием окошка в оболочках (способ *Росса*) (рис. 14-37).

После гемостаза рану послойно ушивают наглухо кетгутом и шёлком, обычно без пластики пахового канала. Пластику пахового канала по *Краснобаеву* (см. главу 12) применяют только в редких случаях значительного расширения наружного пахового кольца (при сочетании водянки с паховой грыжей).

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле — варикозное расширение вен семенного канатика и гроздевидного сплетения. Варикоцеле — довольно распространённое заболевание (100 случаев на 1000 лиц мужского пола). Среди страдающих бесплодием

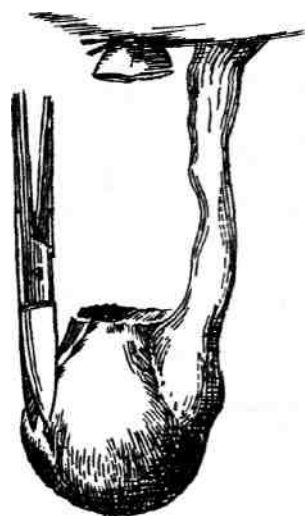


Рис. 14-37. Операция при водянке оболочек яичка по **Россу**. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

больные с варикоцеле составляют более 30%. В настоящее время предложено свыше 80 способов оперативного лечения, что свидетельствует об их несовершенстве, так как при всех видах операции отмечается высокий процент рецидивов. Все предложенные виды оперативного лечения можно разделить на четыре группы.

1. Операции, связанные с иссечением вен семенного канатика. Операции этой группы имеют только историческое значение, так как до 90% вмешательств осложнялись атрофией и фиброзом яичка.
2. Операции, направленные на создание внутреннего суспензория, ликвидирующего застой крови в гроздьевидном венозном сплетении, что достигается фиксацией париетального листка собственной влагалищной оболочки яичка к ножкам наружного отверстия пахового канала или посредством фиксации яичка к лоскуту, выкроенному из апоневроза наружной косой мышцы живота (операции *Парона*, *Франка*, *Гиллианы*). Эти операции приводят к атрофии яичка у 20—73% больных.
3. Операции, направленные на создание наружного суспензория, что достигается резекцией отвислой части мошонки (операции *Хартманна*, *Купера*); после этих операций рецидивы варикоцеле развиваются в 100% случаев.
4. Операции, связанные с окклюзией внутренней семенной вены. Эти операции ликвидируют венозный ретроаортальный рефлюкс; рецидив варикоцеле после них

развивается в наименьшем проценте случаев. В большинстве лечебных учреждений России и зарубежных клиник для лечения варикоцеле производят операции именно этой группы (перевязка левой яичковой вены в нижней её трети по *Иваниссевичу*, эндоваскулярная или лапароскопическая окклюзия внутренней семенной вены). В последние годы установлено, что варикоцеле обычно развивается как синдром аномалии или заболевания нижней полой вены или одной из почечных вен (чаще стеноз левой). В связи с этим есть все основания считать патогенетически не обоснованными операции перечисленных выше четырёх групп, так как они затрудняют сброс венозной крови из почки, способствуя таким образом развитию и прогрессированию венозной гипертензии, и могут спровоцировать форникальные кровотечения, ухудшение функции почки и т.д. В связи с этим предложены операции, направленные на создание дополнительных венозных ренокавальных анастомозов (5-я группа). К операциям этой группы относят проксимальный тестикулоилеокальный (*Н.А. Лопаткин*, 1973), тестикулосафенный (*К. Ишигами*, 1970), проксимальный тестикулонадчревный (*Е.Ж. Жалбагаев*, 1994) анастомозы, а также различные варианты сосудистых анастомозов между дистальным концом яичковой вены и проксимальным отделом глубокой вены, огибающей подвздошную кость (*П. С. Серняк*, *В.В. Панков*, 1979).

ОПЕРАЦИЯ ИВАНИССЕВИЧА

Суть операции заключается в перевязке яичковой вены в её нижней трети. Операцию *Иваниссевича* применяют у детей для лечения варикоцеле, обусловленного стенотическим поражением почечной вены. Благодаря незавершенности формирования сосудистой сети брюшинного пространства и одновременно её высокой способности к компенсаторной перестройке в детском возрасте, развивающаяся сеть венозных коллатералей выше уровня перевязки компенсирует выключенный кровоток по яичковой вене. *Н.А. Лопаткин* считает операцию *Иваниссевича* патогенетически обоснованной для ликвидации варикоцеле и даже единственно возможной при рассыпном типе яичковой вены.

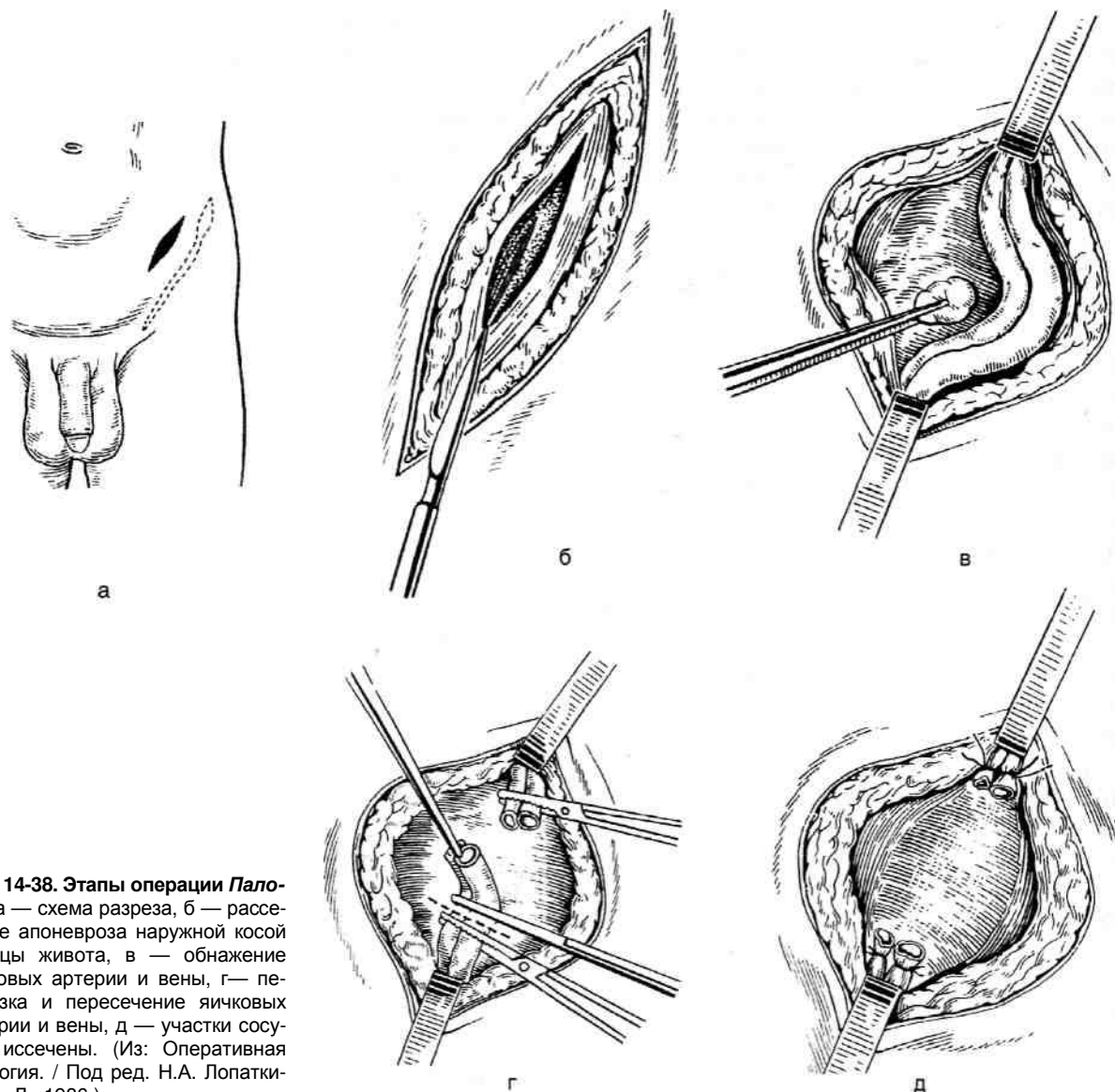


Рис. 14-38. Этапы операции Паломо: а — схема разреза, б — рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, в — обнажение яичковых артерии и вены, г — перевязка и пересечение яичковых артерии и вены, д — участки сосудов иссечены. (Из: Оперативная урология. / Под ред. Н.А. Лопаткина. — Л., 1986.)

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЙ ЯИЧКА

В настоящее время можно считать доказанным, что наиболее рационально проведение операции в сравнительно раннем возрасте, до или в период полового созревания. Операция в этом возрасте предотвращает в большинстве случаев дальнейшую атрофию яичка, создаёт благоприятные условия для его нормального развития и роста в мошонке, способствует восстановлению сперматогенеза и технически более проста. В то же время не следует проявлять излишнюю торопливость, так как существует возможность самопроизвольного опускания яичка в мошонку, что чаще всего происходит к 12—15 годам. Если к этому воз-

расту яичко не опустилось в мошонку, следует прибегнуть к оперативному лечению.

Операция низведения яичка в мошонку и фиксации его в обычном месте состоит из трёх моментов:

- Мобилизации и удлинении семенного канатика с освобождением яичка.
- Образования в мошонке ложа для яичка.
- Низведения яичка в мошонку и фиксации его.

Мобилизация и удлинение семенного канатика с освобождением яичка

Техника. В подвздошно-паховой области рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота и вскрывают паховый канал. В паховом канале отделяют от элементов семенного

канатика влагалищный отросток брюшины, который обычно оказывается припаянным рыхлыми спайками к стенкам пахового канала. После освобождения влагалищного отростка от спаек рассекают его переднюю стенку в продольном направлении и, захватив её края, широко вскрывают полость отростка.

Брюшину, покрывающую семенной канатик с передней стороны, рассекают в поперечном направлении на уровне внутреннего отверстия пахового канала и тупым путём отделяют от семенного канатика сверху, в сторону брюшной полости. Образовавшуюся при этом воронку с отверстием, ведущим в полость брюшины, зашивают, как шейку грыжевого мешка (см. главу 12). Этот этап операции в значительной мере способствует удлинению семенного канатика. Затем высоко (у края косых мышц живота) иссекают мышцу, поднимающую яичко, так как её волокна, вплетаясь в общую влагалищную оболочку, препятствуют мобилизации семенного канатика. При постепенном натягивании канатика выявляют идущие от него к окружающим тканям рубцовые тяжи, перемычки и перепонки и пересекают их, что также способствует мобилизации семенного канатика.

Образование в мошонке ложа для яичка

Важный этап операции низведения яичка — подготовка ложа для него в рудиментарно развитой половине мошонки. Создание достаточного ложа в мошонке обеспечивает благоприятные условия для нормального функционирования яичка. Ложе для яичка прокладывают путём раздвижения бранш корнцанга.

Методы фиксации яичка

Все виды орхидопексии можно разделить на две основные группы: методы временной и окончательной фиксации яичка.

- Методы временной фиксации яичка (методы вытяжения).
 - ♦ Фиксация яичка к медиальной поверхности бедра за нити от швов без прошивания кожи бедра или с прошиванием кожи бедра.
 - ♦ Фиксация яичка при помощи петлеобразного шва за нижний край влагалищного отростка брюшины к медиальной повер-

ности бедра (через кожу к широкой фасции), выведенного через небольшой разрез стенки мошонки {*Н.Н. Соколов*, 1926}.

- ♦ Кровавая временная фиксация яичка к бедру.
 - Фиксация на бедре яичка, обшитого длинным кожным лоскутом из широкой фасции бедра {*В.А. Перимов*, 1912}.
 - Фиксация яичка с образованием закрытого бедренно-мошоночного анастомоза и погружением яичка под кожу бедра {*Торек*, 1909; *П.А. Герцен*, 1913}.
 - Фиксация яичка с образованием закрытого бедренно-мошоночного анастомоза без погружения яичка под кожу бедра {*И.Я. Сахарович*, 1938; *Кифер*, 1952}.
 - Фиксация яичка и мошонки к круглому кожному стеблю, образованному на передневнутренней поверхности бедра {*В.А. Гусынин*, 1937; *Б.В. Ларин*, 1937}.
- Методы окончательной фиксации яичка.
 - ♦ Фиксация к тканям мошонки {*Бевен*, 1903; *Н.В. Копылов*, 1908}.
 - ♦ Перемещение задержанного яичка в другую половину мошонки {*Омбреданн*, 1911}.
 - ♦ Промежностная фиксация {*Николадони*, 1895; *Киришер*, 1910; *В.А. Боголюбов*, 1926}.
 - ♦ Фуниколопексия {*Байер*, 1896; *Гельферих*, 1899; *А.Л. Мартынов*}.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Операция Торек-Герцена

Техника. Делают разрез в паховой области, как при грыжесечении (см. главу 12) (рис. 14-39, а). Послойно вскрывают переднюю стенку пахового канала (рис. 14-39, б). Осторожно отделяют влагалищный отросток брюшины от окружающих тканей и рассекают переднюю его стенку в поперечном направлении (рис. 14-39, в).

Образовавшееся в проксимальной части влагалищного отростка брюшины отверстие обрабатывают, как грыжевой мешок. Семенной канатик удлиняют путём освобождения его от фиброзных тяжей (рис. 14-40, а). Дистальный отдел влагалищного отростка отсекают, оставив небольшую его часть у яичка. Проксимальный отдел влагалищного отростка прошивают прочной лавсановой нитью, свободные концы последней не срезают (рис. 14-40, б). Через нижний угол раны вводят корнцанг и готовят ложе для яичка. В самом низком месте кожу мошон-

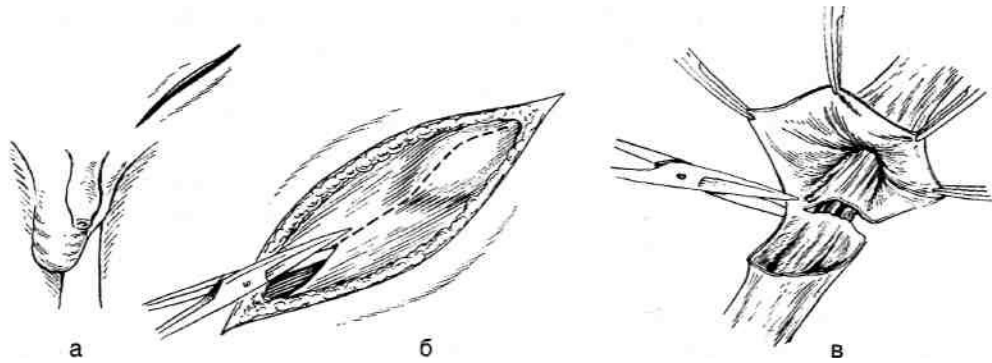


Рис. 14-39. Этапы орхидопексии по Тореку-Герцену. а — косой разрез кожи, б — вскрытие передней стенки пахового канала, в — обнажение влагалищного отростка брюшины. (Из: Оперативная урология / Под ред. Н.А. Лопаткина. — М., 1986.)

ки рассекают над раскрытыми браншами корнцанга, введённого через образованный туннель.

Затем корнцанг убирают и вводят его через рану мошонки, захватывая свободные концы лавсановой нити, прошитой через тяж Хантера. Низводят яичко в мошонку и выводят концы нитей наружу. На внутренней поверхности бедра соответственно уровню разреза на мошонке разрезом в 2—3 см обнажают широкую фасцию и подшивают к ней яичко за белочную оболочку. Край разреза кожи мошонки сшивают с краями разреза кожи бедра, образуя бедренно-мошоночный анастомоз (рис. 14-41, а, б, в, г).

Паховый канал зашивают, как при грыжесечении. Через 2—4 мес путём рассечения бедренно-мошоночного анастомоза перемещают яичко из временного ложа в мошонку.

Операция Китли

Техника. Паховым разрезом послойно вскрывают паховый канал, мобилизуют семенной канатик и низводят яичко точно так же, как при операции Торека—Герцена. Яичко из мошонки не выводят наружу, а отдельными швами фиксируют к фасции бедра за остатки тяжа Хантера. Край разреза на бедре и мошонке сшивают.

Второй этап операции заключается в иссечении через 2—3 мес кожного бедренно-мошоночного анастомоза и закрытии ран.

Операция Соколова

Техника. Проводят разрез, как при грыжесечении. После мобилизации семенного кана-

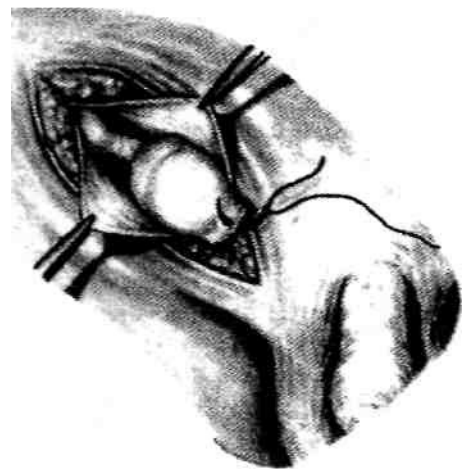
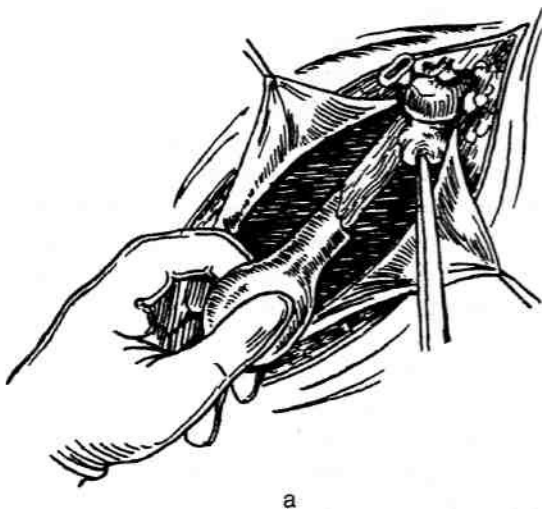


Рис. 14-40. Этапы орхидопексии по Тореку-Герцену. а — проксимальную часть влагалищного отростка брюшины обрабатывают, как при грыжесечении, семенной канатик выделяют из окружающих оболочек, б — тяж Хантера прошит лавсановой нитью. (Из: Чухриенко Д.П., Лялюк А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

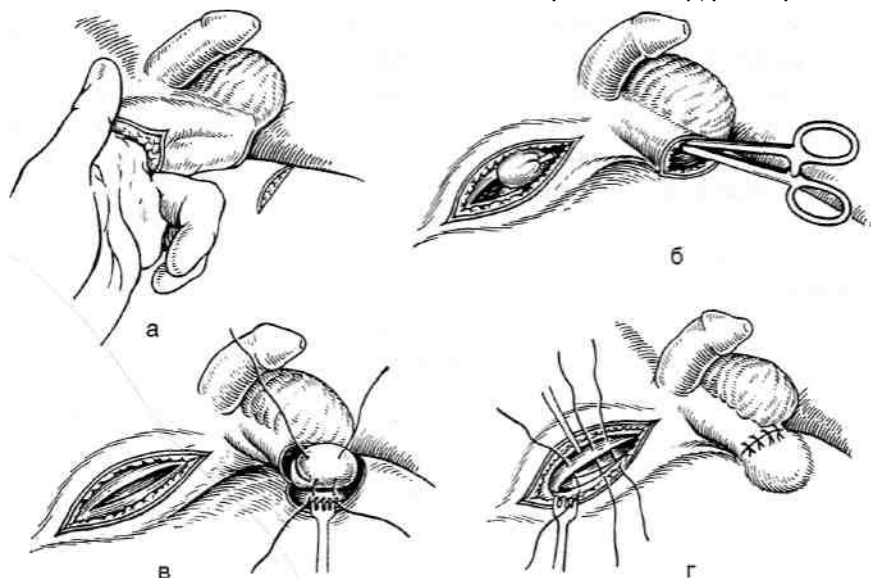


Рис. 14-41. Этапы орхидопексии по Тореку-Герцену: а — формирование ложа для яичка, б — низведение яичка, в — фиксация его за белочную оболочку к широкой фасции бедра, г — создание бедренно-мошоночного анастомоза. (Из: Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. — М., 1970. — Т. 1.)

тика выделяют влагалищный отросток, рассекают его переднюю стенку в поперечном направлении. Проксимальный конец влагалищного отростка, ведущий в брюшную полость, обрабатывают, как грыжевой мешок: прошивают и перевязывают, дистальный конец прошивают лигатурой для образования «вожжи» (рис. 14-42, а). Оба конца лигатуры проводят через заранее заготовленное ложе в соответствующей половине мошонки и выводят наружу через небольшой разрез на дне мошонки, как при операции *Торека—Герцена*. Лигатуру подтягивают и завязывают на валике, концы нити привязывают к резиновому кольцу, прикреплённому к гипсовой лонгете на бедре,

что препятствует ретракции низведенного яичка (рис. 14-42, б).

Паховый канал зашивают, как при грыжесечении. Через 3—4 нед «вожжу» пересекают у кожи мошонки.

Операция Гросса

Техника. Паховый разрез удлиняют сверху до верхней передней подвздошной ости, книзу — до корня полового члена. После вскрытия пахового канала тяж *Хантера* выделяют у места его фиксации и вместе с яичком, семенным канатиком и грыжевым мешком тупо выделяют и приподнимают вверх и латерально.

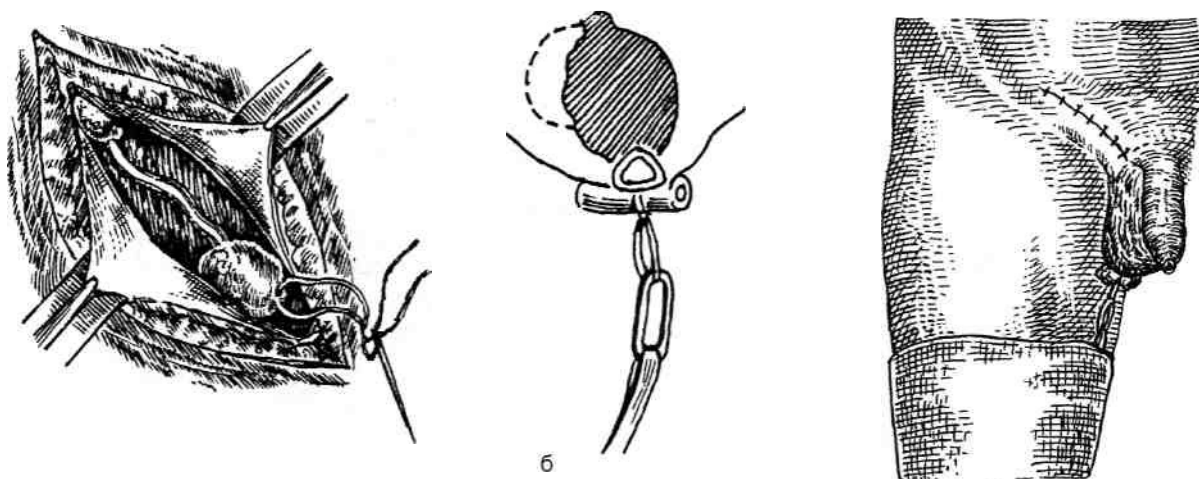


Рис. 14-42. Этапы орхидопексии по Соколову, а — проксимальный конец влагалищного отростка, ведущий в брюшную полость, обрабатывают, как грыжевой мешок, дистальную прошивают лигатурой для образования «вожжи», б — общий вид «вожжи», в — яичко низведено в мошонку и фиксировано к гипсовой лонгете на бедре. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

Рассекают поперечную фасцию живота и нижние эпигастральные сосуды (рис. 14-43, а, б).

Затем над верхним полюсом яичка надсекают влагалищный отросток брюшины и разрез продолжают кверху над семенным канатиком до брюшинной воронки, где шейку брюшинного отростка закрывают глубоким внутренним кисетным швом. Сначала мобилизуют яичко путём рассечения волокон *m. cremaster* и разделения сращений, а затем — его сосудов в забрюшинном пространстве (рис. 14-44, а, б).

Удлинив таким образом семенной канатик и прошив лигатурой остатки тяжа *Хантера*, тупым путём создают в мошонке ложе для яичка. Свободные концы указанной выше лигатуры проводят наружу через дно мошонки, а

яичко помещают во вновь сформированное ложе. Выведенные нити укрепляют к резиновой трубке и липкопластырной манжетке, фиксированной на противоположном бедре (рис. 14-45, а, б). Паховый канал зашивают наглухо.

Операция Омбреданна

Операция сводится к перемещению яичка в здоровую половину мошонки без сшивания яичек между собой, фиксация яичка осуществляется, таким образом, перегородкой мошонки.

Техника. Проводят разрез в паховой области, вскрывают переднюю стенку пахового канала и мобилизуют семенной канатик. Указа-

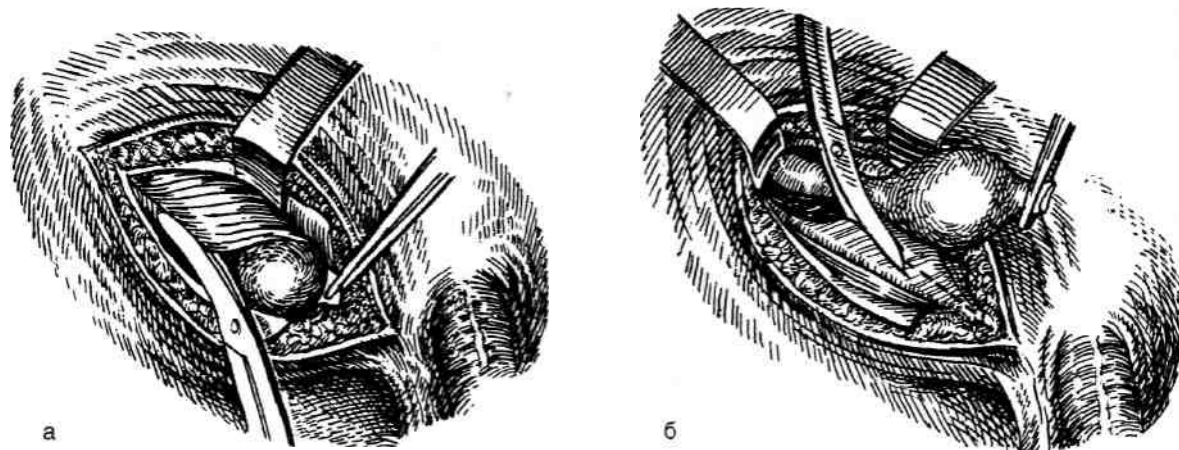


Рис. 14-43. Этапы орхидопексии по Гроссу, а — рассечение внутренней косой мышцы живота кверху и кнаружи, б — рассечение поперечной фасции живота. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

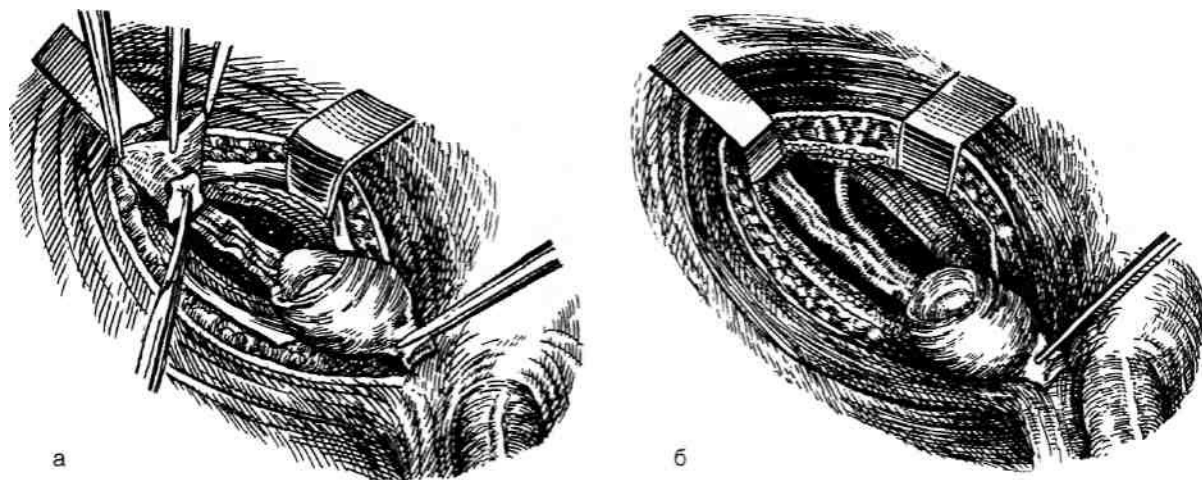


Рис. 14-44. Этапы орхидопексии по Гроссу, а — освобождение сосудисто-нервного пучка от задней брюшины, б — мобилизация семенного канатика. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

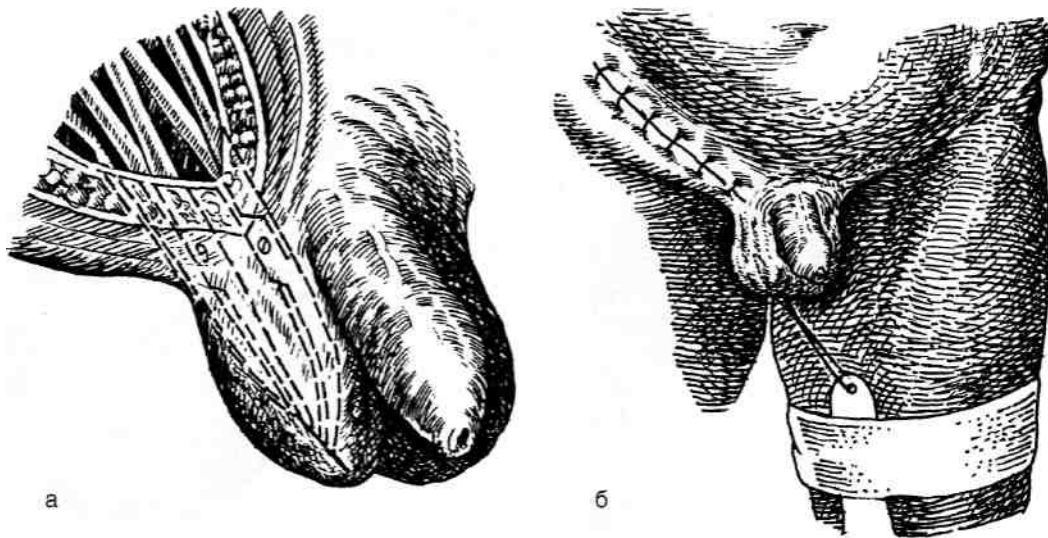


Рис. 14-45. Этапы орхидопексии по Гроссу, а — проведение фиксационных швов через дно мошонки, б — эластическое вытяжение к противоположному бедру. (Из: Чухриенко Д.П., Лялюк А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

тельным пальцем проходят через нижний угол раны в мошонку и через перегородку натягивают кожу на противоположной её стороне (рис. 14-46, а). Делают разрез кожи и через него над кончиком пальца рассекают перегородку мошонки. За лигатуру, предварительно прошитую за остатки тяжа Хантера, через разрез выводят яичко наружу (рис. 14-46, б).

Разрез в перегородке ушивают лавсановыми нитями до семенного канатика и яичко погру-

жают в мошонку (рис. 14-47, а). Паховый канал ушивают, как при грыжесечении. Рану мошонки зашивают наглухо (рис. 14-47, б).

Метод принципиально неприемлем, так как при нём в случае каких-либо послеоперационных осложнений может оказаться под угрозой и здоровое яичко, поэтому, несмотря на сообщаемые в печати хорошие результаты этой операции, анатомическая и физиологическая несостоятельность её очевидна.

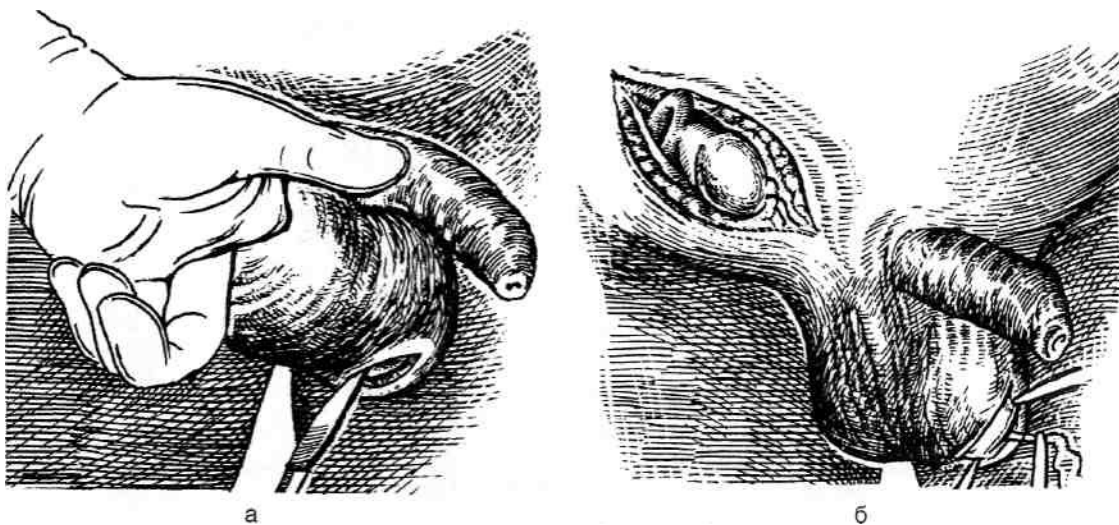


Рис. 14-46. Этапы орхидопексии по Омбреданну, а — разрез кожи мошонки на противоположной её стороне и разрез перегородки мошонки, б — низведение яичка на противоположную сторону мошонки. (Из: Чухриенко Д.П., Лялюк А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

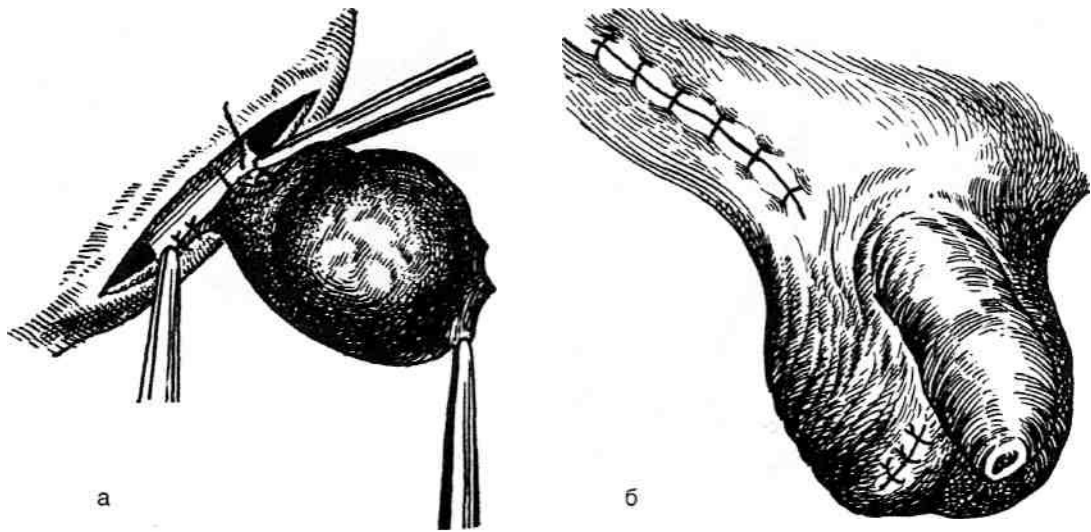


Рис. 14-47. Этапы орхидопексии по Омбреданну. а — ушивание разреза в перегородке мошонки, б — яичко низведено в мошонку, паховый канал и рана мошонки ушиты наглухо. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

ОПЕРАЦИИ НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИМОЗА

Фимоз — сужение отверстия крайней плоти, приводящее к невозможности полного обнажения головки полового члена. Для лечения фимоза предложено большое количество оперативных вмешательств. Существуют как консервативные, так и оперативные методы устранения фимоза.

КОНСЕРВАТИВНОЕ УСТРАНЕНИЕ ФИМОЗА

При бескровном методе пытаются расширить крайнюю плоть. С этой целью наружный листок крайней плоти оттягивают кзади, в препуциальное отверстие вводят зонд и осторожно продвигают его до венечной бороздки, а затем медленными движениями по часовой стрелке разделяют сращения между головкой и внутренним листком крайней плоти (рис. 14-48, а). Затем в отверстие препуциального мешка вводят концы зажима и разводят бранши (рис. 14-48, б).

Нередко после двух таких сеансов отверстие препуциального мешка расширяют настолько, что отпадает необходимость в оперативном лечении.

ОПЕРАТИВНОЕ УСТРАНЕНИЕ ФИМОЗА

Существует два основных вида хирургического лечения фимоза: круговое иссечение крайней плоти (*circumcisio*) и пластические операции, направленные на расширение крайней плоти путём её укорочения (спиральная пластика по Госсе, операция Розера, Шлоффера, Вельша и др.). Из оперативных методов лече-



Рис. 14-48. Расширение отверстия препуциального мешка. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

ния фимоза наиболее часто применяют круговое иссечение крайней плоти.

Показание. Сужение отверстия крайней плоти врождённого характера или в результате повторных воспалительных процессов, а также в ритуальных целях.

Техника. В полость препуциального мешка между головкой полового члена и крайней плотью до его дна с тыльной стороны вводят желобоватый зонд. Крайнюю плоть зажимами *Пеана* сильно оттягивают вперед и оба её листка по дорсальной поверхности продольно рассекают по зонду прямыми ножницами от наружного отверстия до венечной борозды. Два других разреза проводят снизу по бокам от уздечки, сохраняя в целостности уздечку. В результате получается два боковых лоскута. Приступают к соединению обоих листков крайней плоти узловыми кетгутowymi швами, накладывая их на всем протяжении разрезов (рис. 14-49).

После наложения швов, не отрезая нитей, разводят концы каждого шва в разные стороны, прокладывают между ними по всей линии шва сложенную в несколько слоев узкую марлевую полоску. Марлевая полоска закрывает

таким образом всю линию шва. Сшивают узловыми швами. Концы нитей завязывают над марлевым валиком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФИМОЗА

Парафимоз возникает после заведения узкой крайней плоти за головку полового члена. В таких случаях узкое отверстие крайней плоти сильно сдавливает шейку полового члена и приводит к венозному отеку и затруднению мочеиспускания. Лечение парафимоза, как и фимоза, может быть консервативным и оперативным.

КОНСЕРВАТИВНОЕ УСТРАНЕНИЕ ПАРАФИМОЗА

Техника. Смазав головку полового члена вазелином, средним и указательным пальцами обеих кистей плотно охватывают половой член ниже ущемляющего кольца. В то же время большими пальцами стараются продвинуть головку члена в ущемляющее кольцо, одновре-

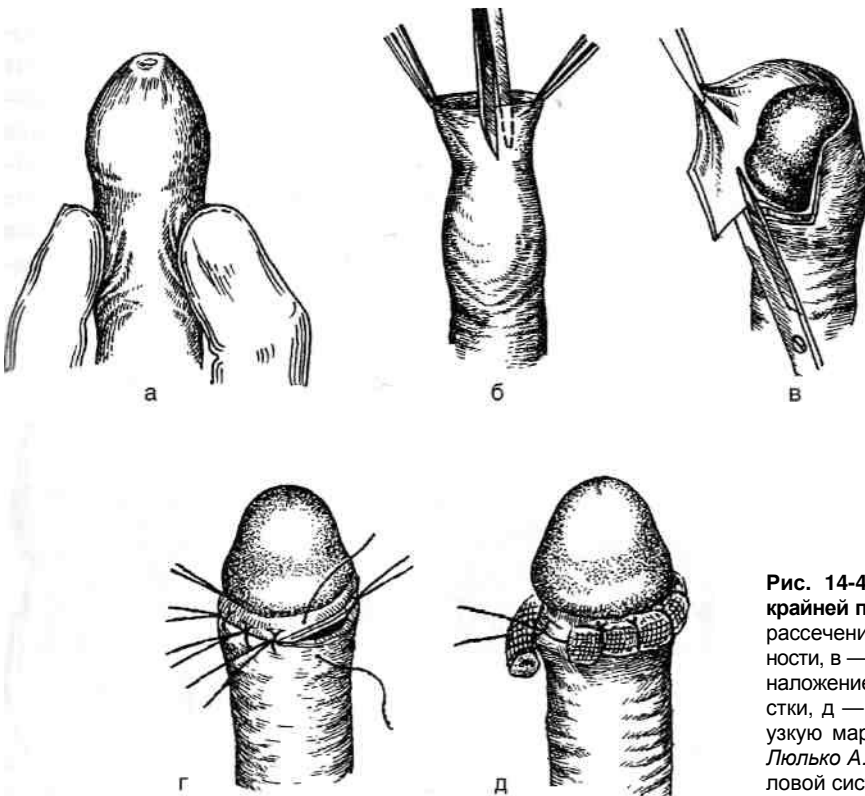


Рис. 14-49. Операция кругового иссечения крайней плоти, а — крайняя плоть оттянута, б — рассечение крайней плоти дорсальной поверхности, в — круговое отсечение крайней плоти, г — наложение узловых швов на препуциальные листки, д — между концами нитей прокладывают узкую марлевую полоску. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

менно натягивая на нее крайнюю плоть (рис. 14-50, а). Для той же цели можно использовать другую методику. Половой член охватывают ниже ущемляющего кольца одной рукой и натягивают на головку крайнюю плоть, а указательным и большим пальцами другой руки в это время продвигают головку за ущемляющее кольцо (рис. 14-50, б).

Если таким способом вправить головку не удалось, оперативным путём устраняют парафимоз, после его ликвидации осуществляют оперативное лечение фимоза, которое проводят после исчезновения отёка, воспаления головки полового члена и крайней плоти.

ОПЕРАТИВНОЕ УСТРАНЕНИЕ ПАРАФИМОЗА

Суть операции состоит в продольном рассечении всех слоев ущемляющего кольца по желобоватому зонду, предварительно введённому под кольцо по дорсальной поверхности полового члена. В результате кожа становится подвижной и ущемление ликвидируется. Крайнюю плоть надвигают на головку полового члена и на рану накладывают мазевую повязку. Разрез не зашивают, рана заживает вторичным натяжением. В последнее время появились и другие оперативные методы лечения парафимоза, из которых заслуживает внимания операция *Гаека* и *Рошалья*.

Техника. Двумя круговыми разрезами по выпуклой поверхности ущемляющего кольца из наружного листка отсепааровывают лоскуты шириной до 1 см. После этого края раны зашивают узловыми кетгутowymi швами. Кожа после такой операции свободно передвигается (рис. 14-51).

ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К ПРЯМОЙ КИШКЕ

В настоящее время применяют следующие оперативные доступы к прямой кишке (рис. 14-52): промежностный, крестцовый, промежностно-копчиковый, промежностно-крестцовый, брюшно-промежностный, брюшной и через просвет прямой кишки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ

Воспаление околопрямокишечной клетчатки (парапроктит) — одно из самых частых проктологических заболеваний. При профилактических осмотрах населения на 1000 здоровых людей приходится 5 больных, страдающих свищами прямой кишки. Чаще болеют парапроктитом мужчины (соотношение мужчин и женщин среди больных равно 7:3). Около 90% больных парапроктитом приходится на возраст 20-60 лет.

В зависимости от активности воспалительного процесса и первичной локализации гнояника острый период заболевания может продолжаться 2—10 дней. Затем, если не проводят адекватное лечение, воспаление распространяется на соседние клетчаточные пространства таза, происходит опорожнение гнойника в прямую кишку или гной прорывается наружу, чаще всего на кожу промежности. После вскрытия гнойника возможно три исхода острого парапроктита.

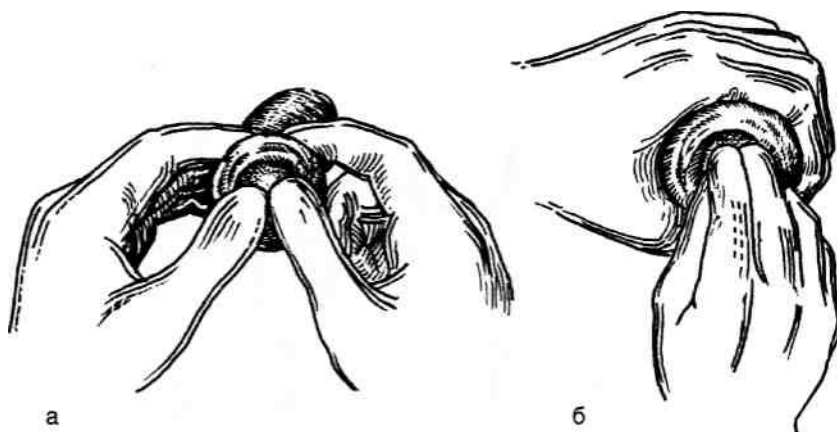


Рис. 14-50. Методы (а, б) бескровного вправления головки полового члена при парафимозе. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

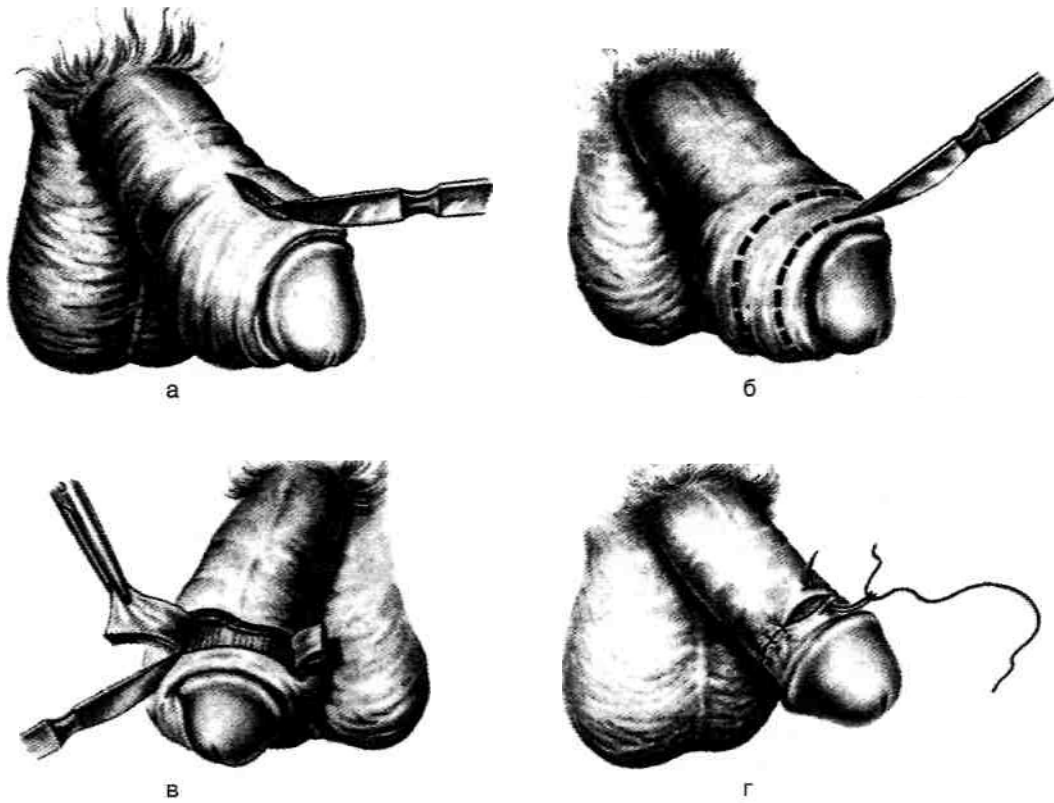


Рис. 14-51. Операция при парафимозе, а— рассечение крайней плоти, б— линия разреза по выпуклой поверхности ущемляющего конца, в— выделение лоскута из наружного листка ущемляющего конца, г— наложение узловых швов на рану. (Из: Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. — М., 1972.)

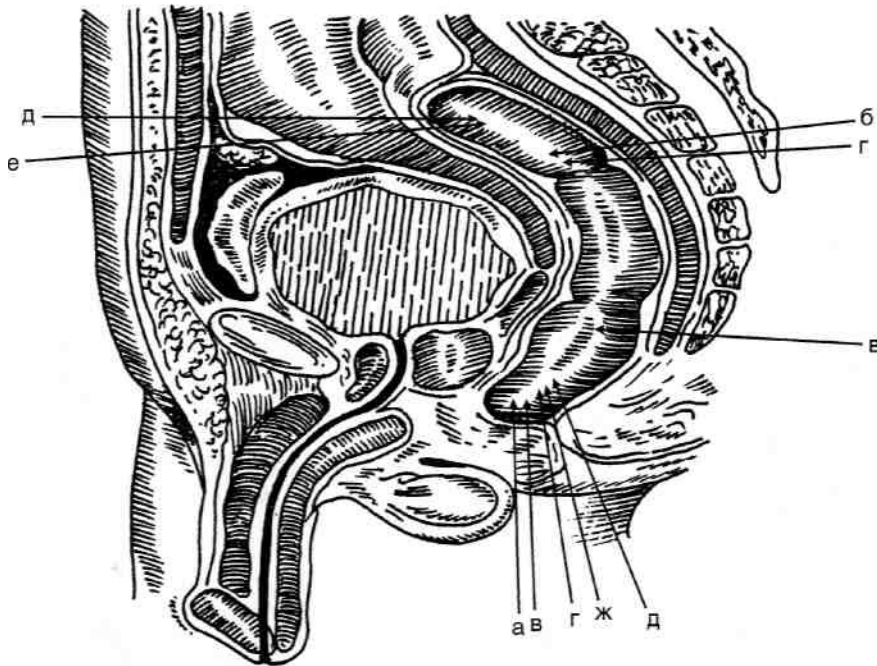


Рис. 14-52. Оперативные доступы к прямой кишке, а — промежностный, б — крестцовый, в — промежностно-копчиковый, г — промежностно-крестцовый, д — брюшно-промежностный, е — брюшной, ж - промежностно-брюшинный. (Из: Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., 1968.)

- Формирование свища прямой кишки и переход в хронический парапроктит.
- Развитие рецидивирующего парапроктита.
- Выздоровление.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

В 1934 г. *Т. Миллиган* и *С. Морган* предложили классификацию парапроктита, основанную на расположении свищевого хода по отношению к заднепроходному кольцу. Согласно данной классификации, выделяют следующие варианты парапроктита: подкожный, подслизистый (высокий, низкий) и аноректальный. Эта классификация до настоящего времени принята в европейских странах.

В нашей стране принята классификация острого парапроктита, основанная на первичной локализации воспалительного процесса, предложенная *А.М. Аминевым*. Согласно данной классификации, выделяют подслизистый, подкожный, седлищно-прямокишечный, тазово-прямокишечный и позадипрямокишечный острый парапроктит (рис. 14-53).

- Подкожный парапроктит — самая частая форма заболевания (50% всех форм острого парапроктита).
- Подслизистый парапроктит встречается в 2—6% случаев острого парапроктита. Иногда он проникает через кольцо сфинктера наружу; в таких случаях седлищно-прямокишечный абсцесс соединяется с абсцессом, расположенным под слизистой оболочкой.

да он проникает через кольцо сфинктера наружу; в таких случаях седлищно-прямокишечный абсцесс соединяется с абсцессом, расположенным под слизистой оболочкой.

- Седлищно-прямокишечный парапроктит встречается в 35—40% случаев острого парапроктита. Для седлищно-прямокишечной локализации воспаления, переходящего на кишку, характерна инфильтрация стенки нижеампулярного отдела прямой кишки и заднепроходного канала выше гребешковой линии.
- Тазово-прямокишечный парапроктит — наиболее редкая и самая тяжёлая форма острого парапроктита. Гнойный очаг при этой форме заболевания локализуется над мышцей, поднимающей задний проход. Вероятность того, что гной преодолеет толстый слой мышцы, поднимающей задний проход, и прорвётся наружу, мала, чаще гной прорывается через тонкую брюшину в брюшную полость с развитием перитонита.
- Позадипрямокишечный парапроктит рассматривают как разновидность тазово-прямокишечного парапроктита (1,5—2,5% всех форм парапроктита).

Процесс может быть ограниченным в какой-либо одной области или распространённым по клетчатке соседних анатомических областей. Определённое значение для выбора

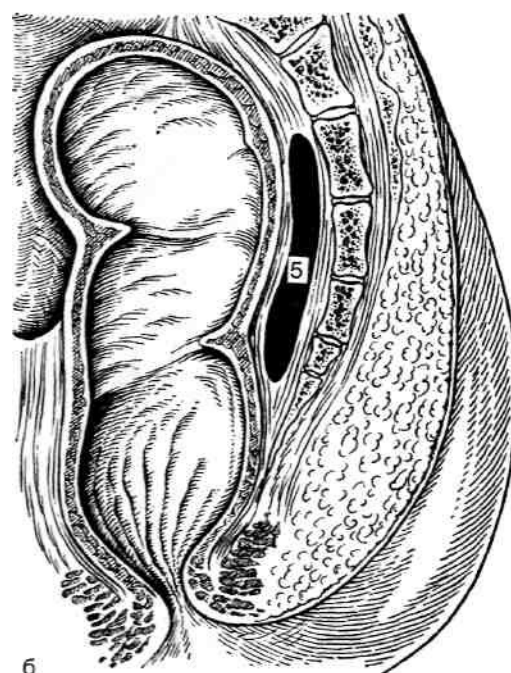
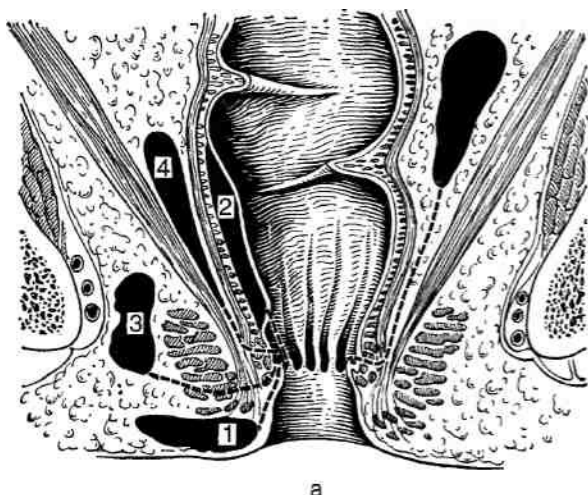


Рис. 14-53. Локализация гнойников в клетчаточных пространствах таза: переднезадняя (а) и боковая (б) проекции. 1 — подкожная, 2 — подслизистая, 3 — седлищно-прямокишечная, 4 — тазово-прямокишечная, 5 — позадипрямокишечная локализация. (Из: *Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В.* Проктология. — М., 1984.)

метода оперативного лечения имеет отношение свища к наружному сфинктеру заднего прохода (рис. 14-54).

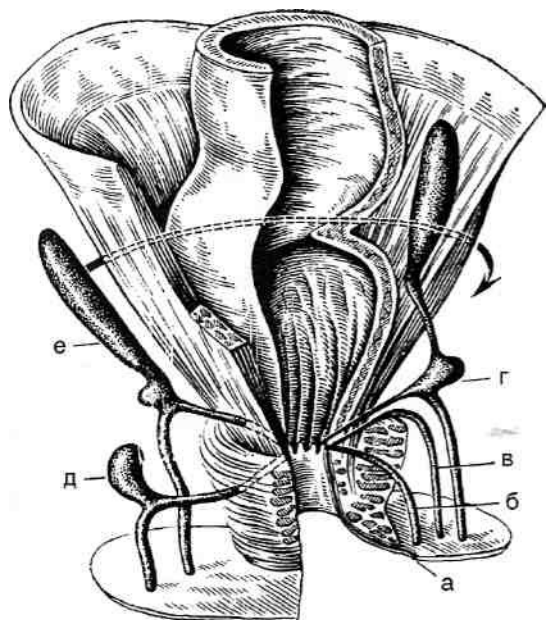


Рис. 14-54. Расположение свищевых ходов по отношению к волокнам сфинктера, а — интрасфинктерное, б — трансфинктерное, в — экстрафинктерное, г — экстрафинктерное с тазово-прямокишечным затёком, д — трансфинктерное с седалищно-прямокишечной полостью, е — экстрафинктерное с седалищно-прямокишечной полостью. (Из: Дутьцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. — М., 1981.)

Прогноз острого парапроктита во многом зависит от условий оттока. Если гнойник хорошо дренируется через широкое сообщение с прямой кишкой или имеет выход на кожу, оправданно ожидать минимальных поражений клетчаточных пространств таза. Если таких условий нет, вокруг прямой кишки может образоваться множество гнойных ходов с затёками в различные клетчаточные пространства. Возможны также прорывы гнойника на кожу в различных участках (наружные свищевые отверстия). Не исключена вероятность прорыва абсцесса в просвет кишки на уровне её ампулярного отдела и даже в брюшную полость.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Первый этап операции — вскрытие и дренирование гнойника. Для этой цели обычно

применяют два типа разрезов: радиальные и полулунные.

• Радиальный разрез обычно применяют при подкожных и подслизистых формах острого парапроктита, когда свищевой ход располагается интрасфинктерно (рис. 14-55). Такой разрез, рассекая свищевой ход, не травмирует мышечные волокна сфинктера заднего прохода.

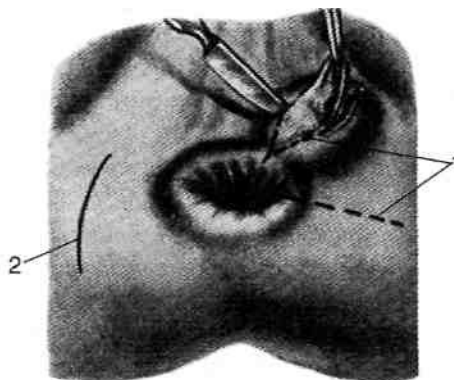


Рис. 14-55. Разрезы при парапроктите. 1 — радиальный разрез, 2 — полулунный. (Из: Шабанов В.А., Кушхабиев В.И., Вели-Заде Б.И. Оперативная хирургия. Атлас. — М., 1977.)

• Полулунный разрез применяют при тазово-прямокишечных, позадипрямокишечных и седалищно-прямокишечных абсцессах. Второй этап — ликвидация внутреннего отверстия свища, соединяющего полость гнойника с прямой кишкой.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ

Техника. Подслизистый острый парапроктит вскрывают со стороны просвета прямой кишки радиальным разрезом до мышечной оболочки, идущим от прямокишечно-заднепроходной линии (*linea anorectalis*) через поражённые заднепроходные пазухи на кожу. Затем иссекают края разреза на всём протяжении от верхнего до нижнего угла раны, а также поражённую заднепроходную пазуху с внутренним отверстием свища. После иссечения краёв рана приобретает эллипсоидную форму. Полость абсцесса рыхло тампонируют, а в просвет прямой кишки вводят дренажную трубку.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДКОЖНЫХ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ

Чаще всего для лечения подкожных острых парапроктитов используют способ *Рыжика—Бобровой*.

Техника. Отступив от края заднего прохода не менее чем на 3 см (во избежание повреждения наружного сфинктера заднего прохода), непосредственно над очагом размягчения делают радиальный разрез длиной 5 см. Эвакуируют гной, из раны в просвет кишки через внутреннее отверстие свища проводят желобоватый зонд и рассекают свищевой ход по зонду. Кожу и слизистую оболочку иссекают в виде треугольника, вершина которого расположена в заднепроходном канале, а основанием служит разрез на коже промежности. Тщательно иссекают слизистую оболочку с поражённой заднепроходной пазухой в области внутреннего отверстия свища. Рану рыхло тампонируют, в просвет прямой кишки вводят дренажную трубку.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕДАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Седалищно-прямокишечный парапроктит чаще всего бывает транссфинктерным или экстрасфинктерным. В случае экстрасфинктерного расположения свищевых ходов, когда между ним и просветом прямой кишки располагается вся толщина мышечных волокон сфинктера заднего прохода, могут быть использованы способы *Рыжика—Бобровой* или лигатурный.

Операция *Рыжика-Бобровой*

Техника. Полулунным разрезом вскрывают гнойник на высоте инфильтрата между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, отступив от последнего на 4 см. Удаляют гной, в полость вводят указательный палец и разрывают перегородки, что создаёт благоприятные условия для заживления раны. Указательным пальцем другой руки определяют локализацию свищевых отверстий со стороны просвета прямой кишки. Желобоватым зондом находят экстрасфинктерный свищ, соединяющий полость гнойника с прямой кишкой, продлевают полу-

лунный разрез кожи до средней линии кзади от заднего прохода, если внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или кпереди, если внутреннее отверстие располагается в передней стенке кишки (рис. 14-56).

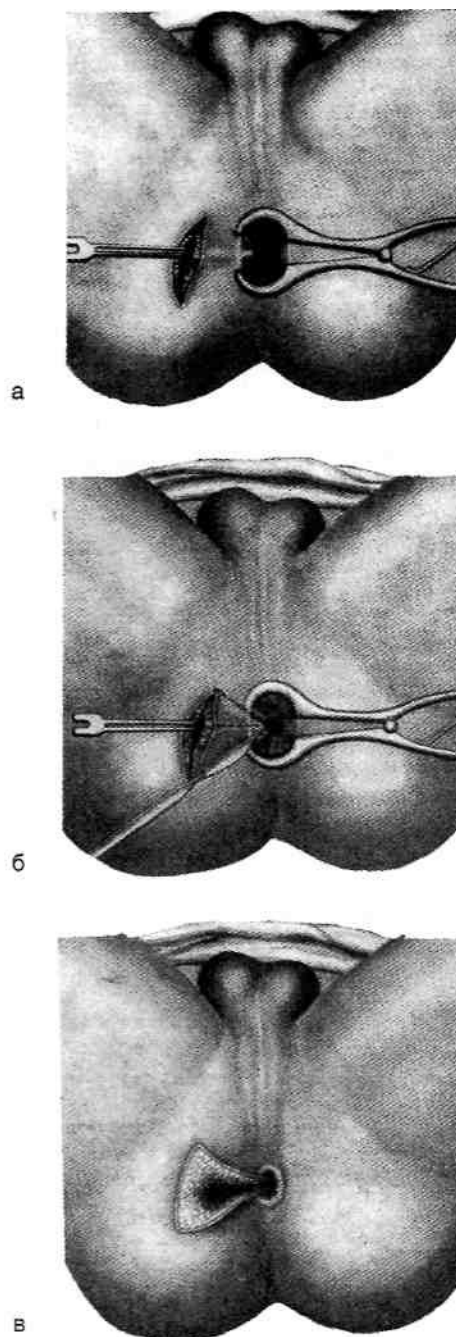


Рис. 14-56. Этапы вскрытия седалищно-прямокишечного и околозаднепроходного абсцессов в просвет кишки, а — полулунный разрез над абсцессом, введение желобоватого зонда в сторону просвета прямой кишки, б — рассечение кожи

вокруг заднепроходного отверстия и слизистой оболочки прямой кишки в просвете кишки, в — конечный вид раны после вскрытия абсцесса в просвет кишки. (Из: *Рыжих А.Н.* Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., 1968.)

Затем производят временное выключение функции наружного сфинктера заднего прохода путём дозированной сфинктеротомии через внутреннее отверстие свища. У мужчин сфинктер рассекают на глубину до 1,2 см по переднему (мошоночному) или заднему (копчиковому) промежностному шву. У женщин рассечение сфинктера производят только по копчиковому шву на глубину 1 см (переднюю стенку прямой кишки у женщин ввиду близости влагалища рассекать не следует). Если свищ расположен трансфинктерно, рассекают свищевой ход в просвет кишки по зонду, а затем производят клиновидное иссечение внутреннего отверстия свища с криптами.

В прямую кишку к ране подводят марлевый тампон с мазью *Вишневского* и вставляют резиновую трубку для эвакуации газов. В этом случае рана наружного сфинктера заднего прохода заживает с полным восстановлением его функции.

Лигатурный метод

Лигатурный метод практически вытеснил сфинктеротомию.

Техника. После вскрытия и дренирования гнояника при помощи желобоватого зонда находят экстрасфинктерный свищ, соединяющий полость гнояника с прямой кишкой. Проводят полулунный разрез кожи до средней линии кзади от заднего прохода, если внутреннее отверстие свища находится в задней крипте, или кпереди, если внутреннее отверстие располагается в передней стенке кишки. В заднепроходный канал вводят ректальное зеркало, внутреннее отверстие свища иссекают окаймляющим разрезом на глубину до мышечного слоя. Верхний угол раны в просвете кишки должен находиться примерно на 1 см выше внутреннего отверстия свища, нижний угол соединяют с медиальным углом промежностной раны. В указанных пределах иссекают слизистую оболочку. Через внутреннее отверстие свища с помощью зажима проводят толстую шёлковую лигатуру. Её укладывают строго по средней линии впереди или позади заднепроходного канала в зависимости от расположения внутреннего отверстия свища и затягивают. Все проктологические операции, как правило, заканчивают рыхлой тампонадой раны мазью *Вишневского* с оставлением в просвете прямой кишки дренажной трубки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАЗОВО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Вскрытие тазово-прямокишечного острого парапроктита, сочетающегося обычно с экстрасфинктерным расположением свища, представляет более трудную задачу. При данной локализации абсцесса также рекомендуют использовать способ *Рыжиха—Бобровой* или лигатурный метод.

Техника. Обычно проводят полулунный разрез на высоте инфильтрата между седалищным бугром и заднепроходным отверстием, отступив от последнего на 4 см. В полость вводят указательный палец и разрывают перегородки, отделяющие различные карманы, что создаёт благоприятные условия для заживления раны. После этого указательный палец вводят в просвет прямой кишки и нащупывают место расположения абсцесса, пунктируют скальпелем последовательно периаанальное и седалищно-прямокишечное пространства до нижней поверхности мышцы, поднимающей задний проход. Далее прокалывают мышцу, поднимающую задний проход, по направлению кверху и попадают в полость тазово-прямокишечного абсцесса (рис. 14-57)

У женщин тазово-прямокишечный гнояник вскрывают через задний свод влагалища. В полость вскрытого абсцесса вводят дренажную трубку.

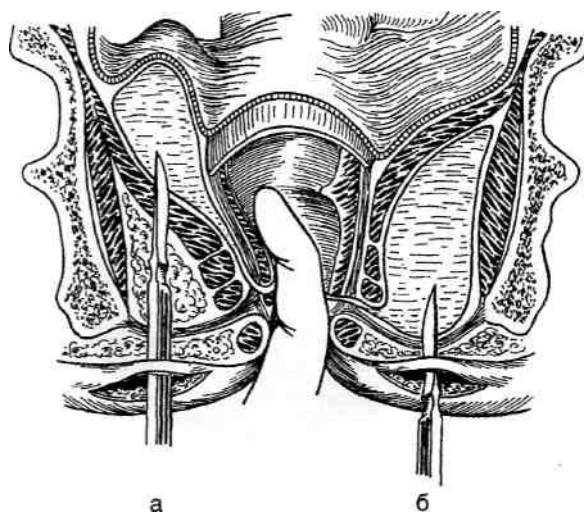
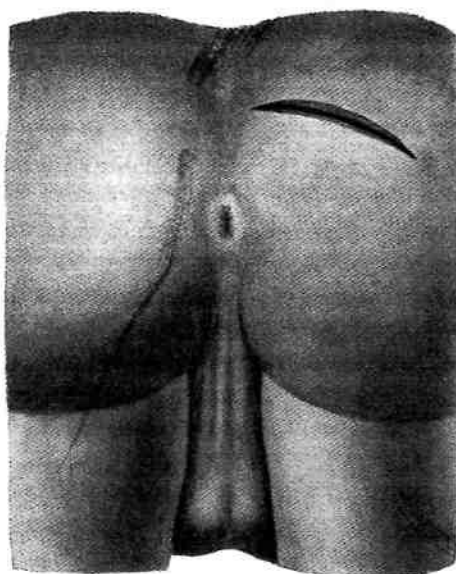


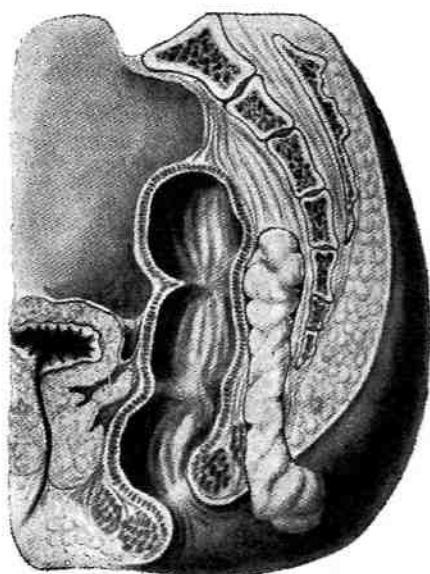
Рис. 14-57. Вскрытие тазово-прямокишечного (а) и седалищно-прямокишечного (б) абсцессов. (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литтманна. — Будапешт, 1981.)

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЗАДИПРЯМОКИШЕЧНОГО ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Позадипрямокишечный острый парапроктит, как правило, сочетается с экстрасфинктерным расположением свища, и полость гнояника чаще всего сообщается с просветом кишки через заднюю крипту. Операцию проводят в два этапа (рис. 14-58).



а



б

Рис. 14-58. Этапы операции при позадипрямокишечном абсцессе, а — полулунный разрез справа или слева от прямокишечно-копчиковой связки, б — тампонада раны. (Из: Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., 1968.)

Первый этап — дренирование гнояника. Дренировать абсцесс можно через полулунный разрез кожи длиной до 5 см между проекцией верхушки копчика и задним краем заднепроходного отверстия справа или слева от средней линии (чтобы не пересечь прямокишечно-копчиковую связку) или через полулунный разрез по средней линии (с пересечением прямокишечно-копчиковой связки).

Второй этап — проведение лигатуры через внутреннее отверстие свища с пересечением прямокишечно-копчиковой связки на расстоянии 1 см от верхушки копчика.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ

Большинство современных исследователей рассматривают острый и хронический парапроктит как стадии одного и того же заболевания, характеризующегося наличием внутреннего отверстия свища в просвете кишки, наружного отверстия свища на коже промежности, свищевого хода с перифокальными воспалительными и рубцовыми изменениями в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза.

Через внутреннее отверстие свища, представляющее собой покрытое эпителием устье инфицированной одной или нескольких заднепроходных желёз, открывающихся в заднепроходной пазухе, происходит периодическое реинфицирование околопрямокишечной клетчатки. Важным фактором хронического течения парапроктита является наличие сформированного свищевого хода, одиночного или разветвлённого, расположенного поверхностно или глубоко в тканях таза. Эпителизация стенок свищевого хода препятствует их спадению и оставляет просвет свища открытым для реинфекции, что мешает излечению хронического парапроктита.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ

Существует множество различных классификаций хронических парапроктитов. С практической точки зрения целесообразно выделить три группы свищей прямой кишки (рис. 14-59).

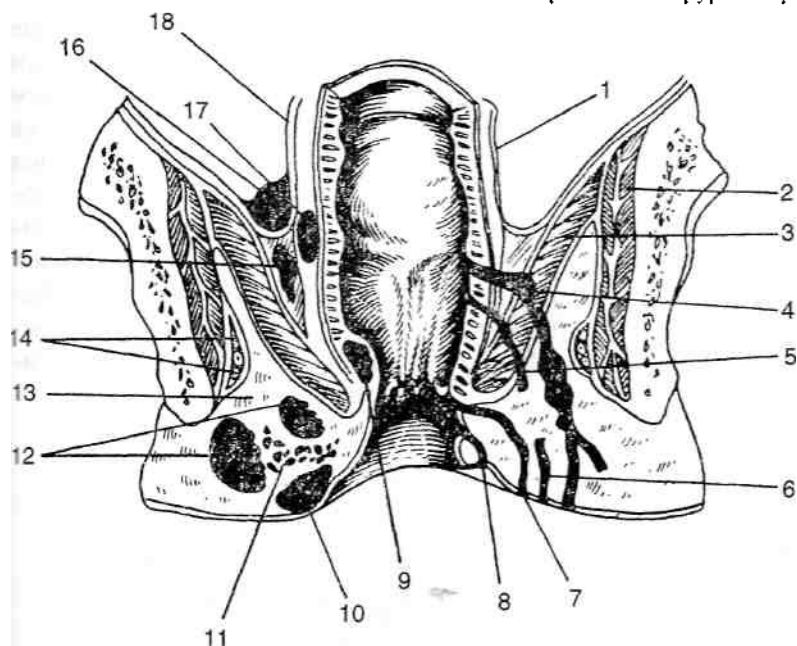


Рис. 14-59. Виды хронического парапроктита (расположение абсцессов и свищей). 1 — брюшина, 2— внутренняя запирающая мышца, 3 — мышца, поднимающая задний проход, 4 — полный тазово-прямокишечный свищ, 5 — неполный тазово-прямокишечный свищ, 6 — неполный седалищно-прямокишечный свищ, 7 — полный трансфинктерный свищ, 8 — внутрисфинктерный свищ, 9 — подслизистый абсцесс слепой кишки, 10 — подкожный абсцесс, 11 — наружный сфинктер прямой кишки, 12 — седалищно-прямокишечные абсцессы, 13 — седалищно-прямокишечная ямка, 14 — внутренние половые нерв и вены, 15 — тазово-прямокишечный абсцесс, 16 — абсцесс в брюшинном этаже таза, 17 — параректальный абсцесс, 18 — капсула прямой кишки. (Из: Буланов Г.А., Овсянников В.Я. Клинические аспекты топографической анатомии органов брюшной полости. — Нижний Новгород, 1992.)

- Полные свищи, которые с одной стороны открываются на слизистой оболочке прямой кишки, а с другой — на коже.
- Неполные наружные свищи, которые открываются только на коже.
- Неполные внутренние свищи, которые открываются только на слизистой оболочке кишки.

Кроме того, выделяют простые свищи, имеющие прямолинейный ход, и сложные свищи, последние могут быть спиральными, опоясывающими, с наличием карманов и полостей. С точки зрения оперативного лечения хронического парапроктита удобна классификация, основанная на отношении свища к сфинктеру заднего прохода (интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Для успешного лечения свищей прямой кишки необходимо произвести рассечение и иссечение всех его ходов. Оставление даже небольшого закрытого свищевых ходов с гнойными грануляциями обычно приводит к рецидиву заболевания. При подкожных или подслизистых (интрасфинктерных) свищах применяют следующие типы операции.

- Рассечение свища в просвет прямой кишки.
- Иссечение свища в просвет прямой кишки (операция *Габриэля*).
- Иссечение свища с вскрытием и дренированием гнойных полостей околопрямокишечной клетчатки.

Больным с интрасфинктерными свищами прямой кишки без наличия гнойных полостей в подкожной жировой клетчатке вне зависимости от расположения наружных свищевых отверстий рекомендуют проводить операцию *Габриэля*. В тех случаях, когда у больных с интрасфинктерными свищами прямой кишки в подкожной жировой клетчатке имеется гнойная полость, показано иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затёка.

Рассечение свища в просвет прямой кишки

Рассечение свища в просвет прямой кишки может быть выполнено только при простых подкожных и подслизистых свищах. Операция сводится к ликвидации перемычки, отделяющей свищевой ход от заднепроходного канала. Рассечение свища производят путём одномоментного разреза скальпелем или путём медленного затягивания лигатуры (лигатурный метод). При сложных экстрасфинктерных свищах прямой кишки данная операция неприемима (часто развиваются рецидивы заболе-

вания и недостаточность наружного сфинктера заднего прохода).

Техника. Свищевой ход прокрашивают метиленовым синим через наружное отверстие. В прямую кишку вводят ректальное зеркало и разводят стенки заднепроходного канала. Через наружное свищевое отверстие во внутреннее вводят желобоватый зонд и по нему рассекают мостик тканей, расположенных между наружным и внутренним свищевыми отверстиями (рис. 14-60).

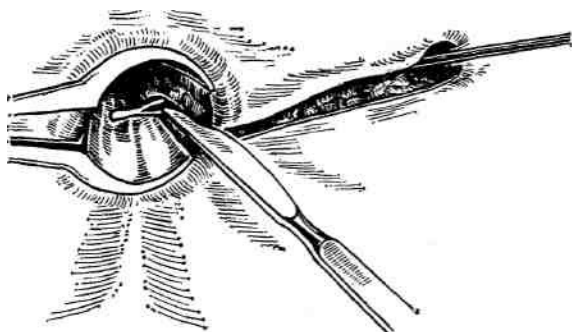


Рис. 14-60. Рассечение простого подкожно-подслизистого свища. (Из: Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Паранепротит. — М., 1981.)

После пересечения мостика тканей, отделяющего свищ от просвета кишки и заднего прохода, рана принимает вид жёлоба, дно которого образует рассечённый канал свища. Нависающие края кожной раны иссекают таким образом, чтобы она приобрела форму клина. Грануляции дна раны выскабливают острой ложкой. Образовавшуюся рану тампонируют турундой с мазью Вишневского до заживления вторичным натяжением.

Иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля)

В настоящее время для ликвидации простых подкожных и подслизистых интрафинктерных свищей прямой кишки применяют операцию Габриэля (1932). Суть операции заключается в рассечении и иссечении свища по зонду с последующим удалением лентообразного участка слизистой оболочки и треугольного участка кожи, расположенных над свищевым ходом.

Техника. В наружное свищевое отверстие вводят раствор метиленового синего. Стенки заднепроходного канала разводят ректальным зеркалом. Через наружное свищевое отверстие в просвет кишки проводят желобоватый зонд и рассекают по нему мягкие ткани, расположенные между наружным и внутренним свищевыми отверстиями. После этого свищевой ход вместе с внутренним и наружным свищевыми отверстиями экономно иссекают, причём ране необходимо придать вид треугольни-

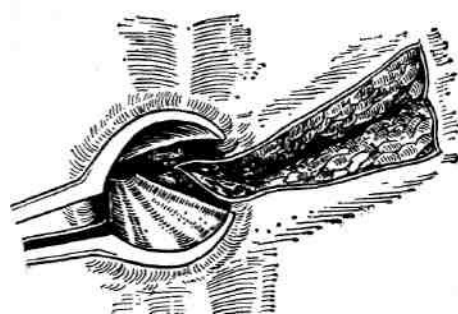


Рис. 14-61. Операция Габриэля. (Из: Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Паранепротит. — М., 1981.)

ка, остриём обращенного в просвет прямой кишки (рис. 14-61).

Такой вид раны обусловлен тем, что в прямой кишке раны заживают дольше, чем на перианальной коже. Равномерное заживление раны по всей длине предупреждает опасность образования неполного внутреннего свища. Операцию заканчивают наложением на операционную рану марлевой ленты, пропитанной мазью Вишневского, и введением в просвет прямой кишки газоотводной трубки.

Иссечение свища единым блоком

Второй вариант данной операции — иссечение свища единым блоком.

Техника. После прокрашивания свищевого хода и проведения зонда со стороны наружного во внутреннее свищевое отверстие в прямую кишку вводят ректальное зеркало. Свищевой ход с проведённым через него зондом иссекают из окружающих тканей единым блоком без вскрытия его просвета (рис. 14-62).

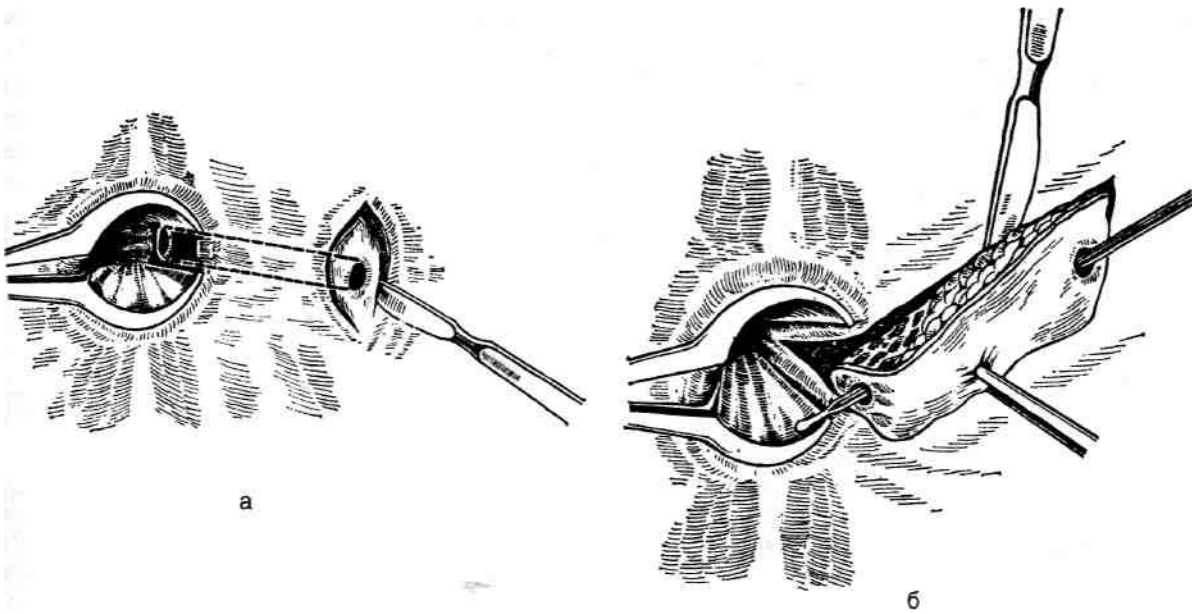


Рис. 14-62. Этапы иссечения свища единым блоком, а — овалный разрез наружного отверстия свища, б — иссечение свища единым блоком на зонде. (Из: Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Паранепроктит. — М., 1981.)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

При трансфинктерных свищах прямой кишки применяют три вида иссечения свища в просвет прямой кишки.

- С ушиванием дна раны.
- С частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости.
- С вскрытием и дренированием гнойной полости.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Оперативные вмешательства, предложенные для лечения экстрасфинктерных свищей, можно разделить на четыре группы.

- Иссечение свища с ушиванием культи свища в промежностной ране и с задней дозированной сфинктеротомией (метод *Рыжих*).
- Иссечение свища с ушиванием сфинктера.
- Иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки заднепроходного канала.
- Иссечение свища с проведением лигатуры.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

Геморроем называют варикозное расширение венозных сплетений подслизистого слоя прямой кишки в области геморроидальной зоны, сопровождающееся тромбофлебитами и кровотечениями.

- Расширение нижней части прямокишечного сплетения и тромбофлебит в зоне заднепроходных столбов ниже прямокишечно-заднепроходной линии называют наружным геморроем. При этом геморроидальные узлы (шишки) выступают из просвета заднего прохода (рис. 14-63). Наружный геморрой обычно представлен в виде различных по форме и размерам заднепроходных бахромок или в виде наружных геморроидальных узлов, располагающихся на границе слизистой и кожной частей заднего прохода.
- Внутренним геморроем называют расширение и тромбофлебит верхней части прямокишечного сплетения выше зубчатой линии (рис. 14-64).

Главными этиологическими факторами развития геморроя считают отсутствие клапанного аппарата в венах прямой кишки, наличие препятствий венозному оттоку и наследственную предрасположенность. Варикозное расширение венозных сплетений прямой кишки, сопровождаемое кровотечением из них, может

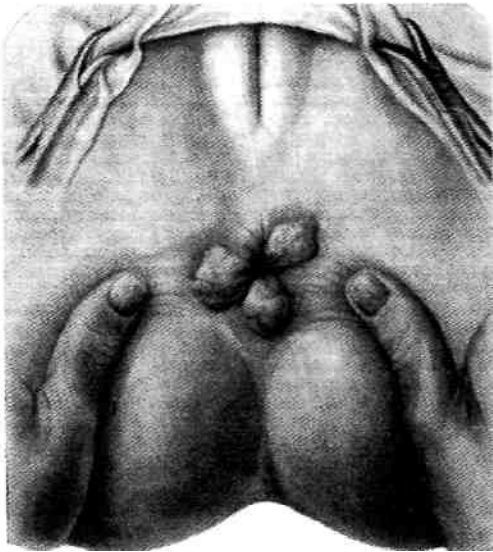


Рис. 14-63. Наружный вид геморрой заднепрямой и толстой кишки. (Из: Рыжик А.Н., Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., 1968.)

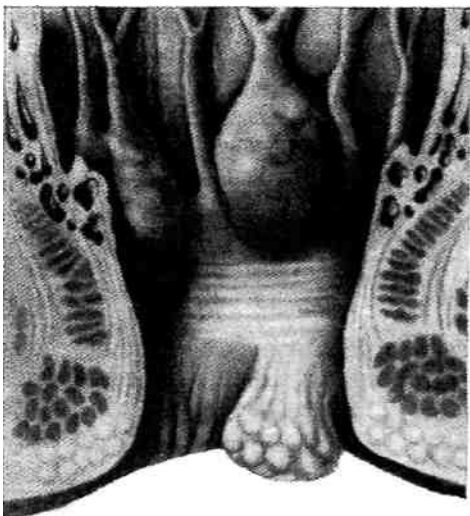


Рис. 14-64. Внешний вид внутренних геморроидальных узлов. (Из: Рыжик А.Н., Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., 1968.)

развиваться также при портальной гипертензии. Развитие псевдогеморроя связано с венозной гипертензией оттока крови из прямой кишки» в главе 13).

Наличие геморроидальных узлов ещё не расценивают как показание к оперативному вмешательству. Абсолютное показание к опе-

рации — острый тромбоз геморроидальны
узлов. Радикальной геморроидэктомии подлежит
около 30% больных. В остальных случаях выпол-
не можно ограничиться консервативным ле-
чением. Успех консервативной терапии колеб-
летя в очень широких пределах: стойкое
клиническое выздоровление отмечено у 8,7-
51% больных, рецидивы в сроки до 3 лет —
30-100% больных.

МЕТОДЫ ГЕМОРРОЯ

ОПЕРАТИВНОГО

ЛЕЧЕНИЯ

На сегодняшний день предложено более 250 методов оперативного лечения геморроя. Условно их можно разделить на три основные группы: перевязка геморроидальных узлов иссечение узлов, пластические операции.

- К наиболее многочисленной, 1-й группе, относятся различные модификации перевязки внутренних геморроидальных узлов с отдельным иссечением наружных бахромек. Эту методику много лет разрабатывал и мо- дифицировал *А.Н. Рыжих*, представивший в своих трудах наибольший опыт операций данным методом.
- Ко 2-й группе относятся различные вариан- ты операций, разработанные *А. В. Мартыно* - *вым*, — иссечение геморроидальных узлов с глухим ушиванием образовавшихся ран зад- непроходного канала.
- К 3-й группе относится опасная, дающая много ближайших и отдалённых осложне- ний «сверхрадикальная» операция кругово- го иссечения слизистой оболочки прямой кишки по методу *Уайтхеда*.

Оперативное лечение геморроя можно про- водить только при отсутствии воспаления и оте- ка в области удаляемых геморроидальных узлов. Исклечение составляют остро затромбировав- шиеся, выпавшие и причиняющие сильные бол- геморроидальные узлы. В этих случаях рекомен- дуют под местным обезболиванием провести разрез слизистой оболочки над узлами и удалить тромбированный сгусток.

Практически все операции геморроидэктс- мии направлены на иссечение трёх основных геморроидальных узлов, расположенных соот- ветственно 3, 7 и 11 часам в области геморро- идальной зоны (в данных областях распо- жены наиболее крупные клубки вен). Впервые

операцию геморроидэктомии выполнил *Майлс* в 1917 г. Основными моментами его операции были дивульсия заднепроходного канала, лигирование и пересечение трёх основных геморроидальных узлов.

Операция *Миллигана-Моргана*

В 1927 г. *Миллиган* и *Морган* разработали геморроидэктомию снаружи внутрь, акцентировав основное внимание на лигировании и иссечении геморроидальных узлов, расположенных соответственно 3, 7 и 11 часам.

Техника. Производят дивульсию заднепроходного канала. Задний проход растягивают в трёх симметричных точках зажимами *Элисса* и определяют места расположения узлов и их ножек (рис. 14-65).

Геморроидальные узлы поочередно оттягивают кверху (рис. 14-66, а), надсекают слизистую оболочку вокруг шейки узла снаружи внутрь (рис. 14-66, б, в), прошивают узел шёлком, перевязывают и отсекают (рис. 14-66, г). Три раневые поверхности оставляют открытыми (рис. 14-66, д), они заживают вторичным натяжением.

Геморроидэктомия по *Рыжих*

Одна из наиболее распространённых модификаций иссечения геморроидальных узлов

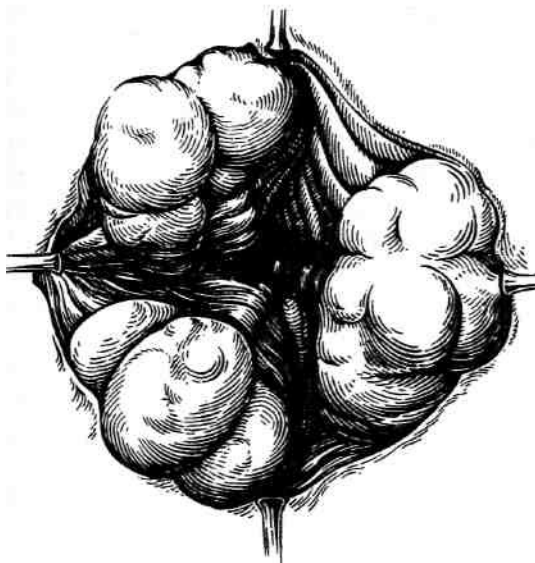


Рис. 14-65. Основные внутренние геморроидальные узлы, проецирующиеся на 3, 7 и 11 часах. (Из: *Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л.* Геморрой. — М., 1984.)

принадлежит *А.Н. Рыжих*. Суть данной операции заключается в следующем: после дивульсии заднепроходного канала указательными пальцами геморроидальные узлы захватывают геморроидальным зажимом, надсекают слизистую оболочку вокруг их шейки, прошивают шёлком (рис. 14-67, а), перевязывают и отсекают (рис. 14-67, б).

ОПЕРАЦИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ранения прямой кишки относят к числу тяжёлых травм, они часто осложняются перитонитом, кровотечением, развитием парапроктита, анаэробной инфекцией (без участия клостридий). Эти травмы составляют 3—5% всех повреждений органов брюшной полости.

Этиология повреждений прямой кишки включает в себя огнестрельные и ножевые ранения, тупые травмы живота, повреждения инородными телами, повреждения при падении на острые предметы, медицинские манипуляции и др.

Различают ранения прямой кишки внутри- и внебрюшинные, изолированные и комбинированные с повреждением других петель кишечника, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, костей таза, тазобедренного сустава, крестца и ягодиц.

Диагностика ранений прямой кишки основана на осмотре мест входного и выходного отверстий, раневого канала, пальцевом исследовании прямой кишки или исследовании при помощи зеркал. В некоторых случаях диагностика ранений прямой кишки, в особенности внутрибрюшинных, очень трудна ввиду большой глубины её залегания и трудности детальной ревизии органов малого таза во время лапаротомии. Катетеризация мочевого пузыря иногда даёт возможность установить (по отхождению через катетер газов) комбинированное с прямой кишкой ранение пузыря. Наличие гематомы в позадипрямокишечной клетчатке также может говорить о возможности повреждения стенки прямой кишки. В большинстве случаев внутрибрюшинного повреждения прямой кишки очень рано появляются симптомы перитонита. При подозрении на ранение прямой кишки необходимо произвести лапаротомию, чтобы проверить целостность

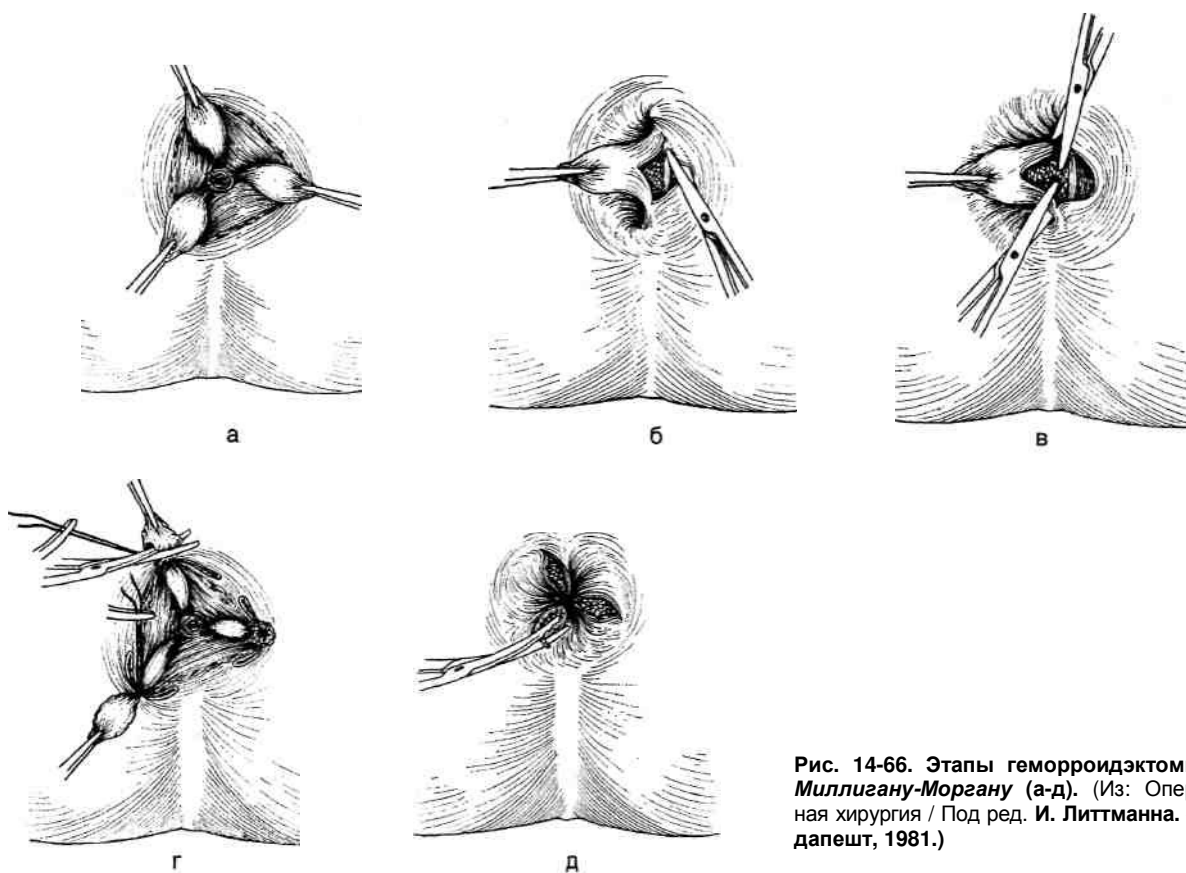


Рис. 14-66. Этапы геморроидэктомии по Миллигану-Моргану (а-д). (Из: Оперативная хирургия / Под ред. И. Литтманна. — Будапешт, 1981.)

её внутрибрюшинной части. При лапаротомии в нижней половине брюшной полости всегда следует осматривать *дугласово* пространство; наличие подбрюшинной гематомы в этой области рассматривают как признак возможного повреждения прямой кишки.

Лечение должно быть начато в первые 6 ч после поступления больного и не позднее 12 ч после ранения, так как необходимо предупредить или купировать явления шока и успеть оказать хирургическую помощь до раз-

вития анаэробной и гнилостной инфекции. Ранения прямой кишки почти всегда сопровождаются тяжёлым шоком. Хирургическая обработка раны прямой кишки должна проводиться с использованием всего арсенала противошоковых средств. Основные принципы лечения ранений прямой кишки заключаются в надёжной герметизации брюшной полости, отведении кала и газов через противоестественный задний проход и широком раскрытии раневой полости.

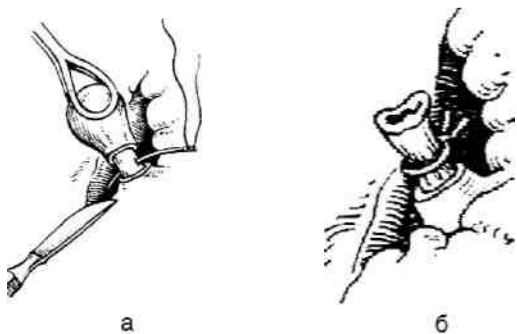


Рис. 14-67. Этапы геморроидэктомии по Рыжих (а, б). (Из: Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. — М., 1984.)

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШИННЫХ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

При внутрибрюшинных ранениях прямой кишки производят лапаротомию, раны прямой кишки зашивают в поперечном направлении двумя или тремя рядами швов, подшивают к месту ранения сальник и накладывают противоестественный задний проход на сигмовидную кишку. При двух ранах кишки и более, при обширных внутрибрюшинных ранениях, а также в тех случаях, когда не удаётся достаточно надёжно зашить рану, необходимо наложить противоестественный задний проход на сигмовидную кишку из отдельного небольшого разреза брюшной стенки в левой подвздошной ямке.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБРЮШИННЫХ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

При внебрюшинных ранениях прямой кишки тактика хирурга зависит от характера повреждения и требует индивидуального под-

- При огнестрельных ранениях операцию чаще всего начинают с наложения противоестественного заднего прохода на сигмовидную кишку. Во время лапаротомии проверяют целостность органа со стороны брюшной полости. Производят осмотр и дренирование пузырно-прямокишечного или маточно-прямокишечного пространств. После окончания брюшного этапа операции раненому придают положение для камнесечения и переходят к обработке раневого отверстия из области ягодицы или крестца. По окончании этого этапа вмешательства необходимо произвести радикальную хирургическую обработку огнестрельной раны со стороны промежности на всем её протяжении до прямой кишки и обеспечить хорошее дренирование околопрямокишечного пространства. В этом случае хирург должен стремиться создать по возможности кратчайший путь для дренирования тазово-прямокишечного пространства, при этом часто приходится резецировать копчик и часть крестца. С этой целью обычно применяют дугообразный

разрез, открытый спереди между заднепроходным отверстием и верхушкой копчика. Мышечную рану широко иссекают, удаляют поднадкостнично копчик и нижние крестцовые позвонки, рассекают фасции и мышцу, поднимающую задний проход, проникают в седалищно-прямокишечную ямку и доходят до раны кишки. Наложение швов на внебрюшинную часть кишки нецелесообразно, так как чаще всего эти швы расходятся. После хирургического вмешательства следует эвакуировать кал из прямой кишки путём промывания её (под небольшим давлением) малыми порциями тёплого раствора фурацилина. Операцию заканчивают рыхлой тампонадой раны с использованием масляно-бальзамической эмульсии. Широкое открытие раны, опорожнение гематомы, обработка антисептиками и оставление дренажа обязательны. Сфинктер прямой кишки растягивают, в заднепроходное отверстие вводят дренажную трубку.

- При повреждении прямой кишки в результате падения на острые предметы грубых изменений в области заднего прохода обычно не возникает, но острый предмет при этом может нанести значительные повреждения, проникнув через стенку прямой кишки в брюшную полость или забрюшинную клетчатку. Хирургическое пособие заключается в лапаротомии, санации и дренировании брюшной полости, ушивании раны прямой кишки и наложении петлевой сигмостомы. При необходимости выполняют дренирование околопрямокишечной клетчатки через раны промежности с иссечением некротических тканей или через дополнительные разрезы в околозаднепроходной области. При профузном кровотечении из околопрямокишечной клетчатки на стороне повреждения производят перевязку внутренней подвздошной артерии.
- При получении травмы прямой кишки в результате изнасилования рану обрабатывают, ушивают повреждённый сфинктер. Рану дренируют, наложения колостомы не производят.
- Нередки случаи поздней диагностики ранений прямой кишки клизмёнными стеклянными наконечниками, что связано со своеобразной клинической картиной таких повреждений (резко возникающая боль вскоре стихает и возникает вновь на 3-и сут-

ки на фоне повышения температуры тела, озноба, ухудшения состояния и развития флегмоны тазовой клетчатки по типу анаэробной инфекции без участия клостридий). В таких случаях накладывают петлевую сигмостому, выполняют некрэктомию через широкие разрезы со стороны промежности и дренируют тазово-прямокишечную клетчатку.

- При комбинированном ранении мочевого пузыря или мочеиспускательного канала накладывают надлобковый свищ, рану пузыря по возможности ушивают двумя рядами швов и экстраперитонизируют подшиванием к передней брюшной стенке.

Осложнения. Внутробрюшинные ранения прямой кишки приводят к развитию перитонита. Внебрюшинные ранения часто сопровождаются одновременным ранением мочевого пузыря и образованием пузырно-прямокишечного свища. Комбинированные ранения мочевого пузыря и прямой кишки почти всегда смертельны. Ранения прямой кишки иногда сопровождаются повреждением крестцовой кости, мягких тканей ягодичной области или тазобедренного сустава. Раневой канал при этом инфицируется каловым содержимым прямой кишки, вследствие чего развиваются тяжелые каловые, гнилостные и анаэробные флегмоны тазовой клетчатки, промежности, ягодич и бедра. Особенности анатомического строения прямой кишки (глубокое залегание, близость массивных костных образований и суставов, богатое патогенной флорой, как аэробной, так и гнилостной и анаэробной, содержимое прямой кишки) способствуют быстрому развитию тяжёлых форм инфекции, приводящей в короткий срок к смертельному исходу.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Основной метод лечения рака прямой кишки — хирургический. Хирургическое вмешательство может быть радикальным или паллиативным. Лучевую терапию применяют в качестве предоперационной подготовки и в комбинации с хирургическим методом как один из вариантов радикального лечения.

Объём и метод оперативного вмешательства в значительной мере зависят от гистологичес-

кой структуры опухоли, её локализации в прямой кишке, наличия или отсутствия метастазов и осложнений, сопровождающих опухолевый процесс. Помимо этого, на выбор метода и объёма оперативного вмешательства существенное влияние оказывают общее состояние больного, его возраст и сопутствующие заболевания.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Паллиативные операции выполняют при наличии противопоказаний к радикальным операциям онкологического и неонкологического порядка. Если есть отдалённые метастазы и нет противопоказаний, целесообразно выполнить паллиативную резекцию прямой кишки — операцию *Хартманна*, а в последующем дополнить её лучевой или лекарственной терапией. При неудаляемых опухолях прямой кишки более целесообразно наложить двустольный противоестественный задний проход. Паллиативные операции могут продлить жизнь больного в среднем на 18 мес.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

При раке прямой кишки выполняют два типа радикальных операций.

- Сфинктеросохраняющие операции: передняя резекция прямой кишки и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки.
 - ♦ Передняя резекция прямой кишки показана при раке верхнеампулярного и ректосигмовидного отделов (нижняя граница опухоли располагается на 10 см выше прямокишечно-заднепроходной линии).
 - ♦ Брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки выполняют при раке средне- и верхнеампулярного отделов (нижняя граница опухоли располагается на расстоянии 7—12 см от прямокишечно-заднепроходной линии).
- Сфинктеронесохраняющие операции, связанные с удалением замыкательного аппарата и наложением противоестественного заднего прохода: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, обструктивная резекция прямой кишки.

- ◆ Брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки выполняют при раке ниже-ампулярного отдела (нижняя граница опухоли располагается на расстоянии до 6 см от прямокишечно-заднепроходной линии).
- ◆ Обструктивную резекцию прямой кишки (операцию *Хартманна*) рекомендуют выполнять при опухолевом поражении верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов (нижняя граница опухоли находится на расстоянии 10—12 см выше прямокишечно-заднепроходной линии).

В качестве оперативного доступа обычно используют нижнюю срединную лапаротомию от лобка с обходом пупка слева и выше него на 3—4 см (рис. 14-69).

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Независимо от типа предполагаемой операции больного укладывают на спину. Под крестец подкладывают валик. Копчик, заднепроходное отверстие и ягодицы выводят за край стола. Ноги, согнутые в тазобедренных и коленных суставах под углом около 45°, укладывают на подставки в разведённом состоянии. Головной конец стола опускают под углом 10° (рис. 14-68).

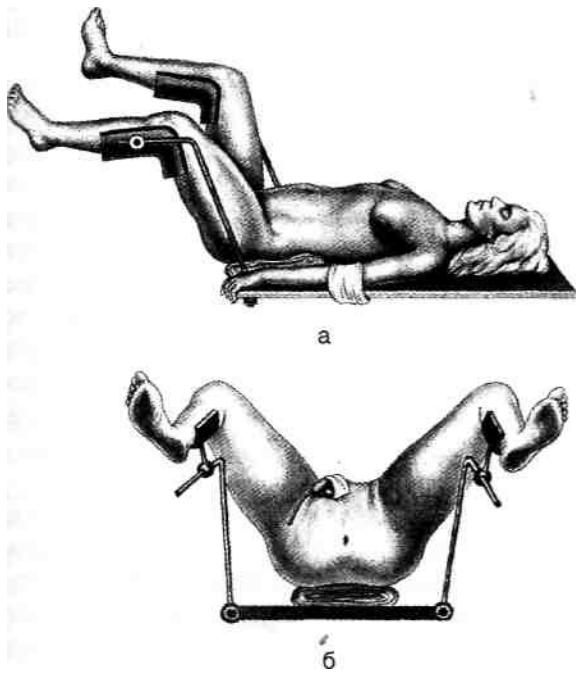


Рис. 14-68. Операции при раке прямой кишки. Положение больного на операционном столе. (Из: Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций. — М., 1987.)

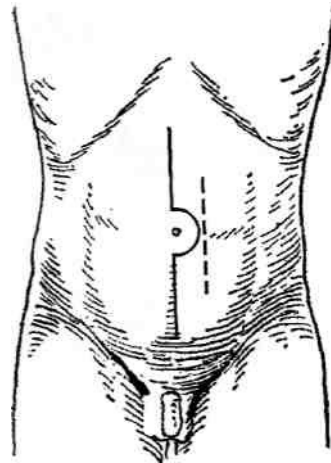


Рис. 14-69. Оперативный доступ при раке дистальной части прямой кишки. (Из: Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций. — М., 1987.)

Ревизию брюшной полости и полости малого таза начинают с последовательного осмотра и пальпации брыжейки сигмовидной, нисходящей, поперечной ободочной кишок и стенок малого таза. Пальпаторно исследуют обе доли печени, забрюшинное пространство, брыжейку тонкой кишки и др. При отсутствии метастазов приступают к начальному этапу мобилизации прямой кишки, т.е. к ревизии вскрытого забрюшинного пространства и клетчатки таза. После этого производят мобилизацию брыжейки сигмовидной кишки снаружи и изнутри (рис. 14-70).

Разрез наружного листка корня брыжейки сигмовидной кишки продолжают в направлении прямокишечно-маточной (у женщин) или прямокишечно-пузырной (у мужчин) складки. Оба разреза у наружного и внутреннего листков корня брыжейки в дистальном направлении соединяют спереди от прямой кишки, а в проксимальном — на уровне предполагаемого пересечения сигмовидной кишки. После рассечения брюшинных листков клетчатку таза осторожно отсепаровывают тупым путём в сторону прямой кишки вместе с лимфатическими узлами, расположенными по ходу общих подвздошных сосудов, в области их бифуркации по ходу наружных и внутренних подвздошных сосудов. Тупым путём проникают в позадипрям-

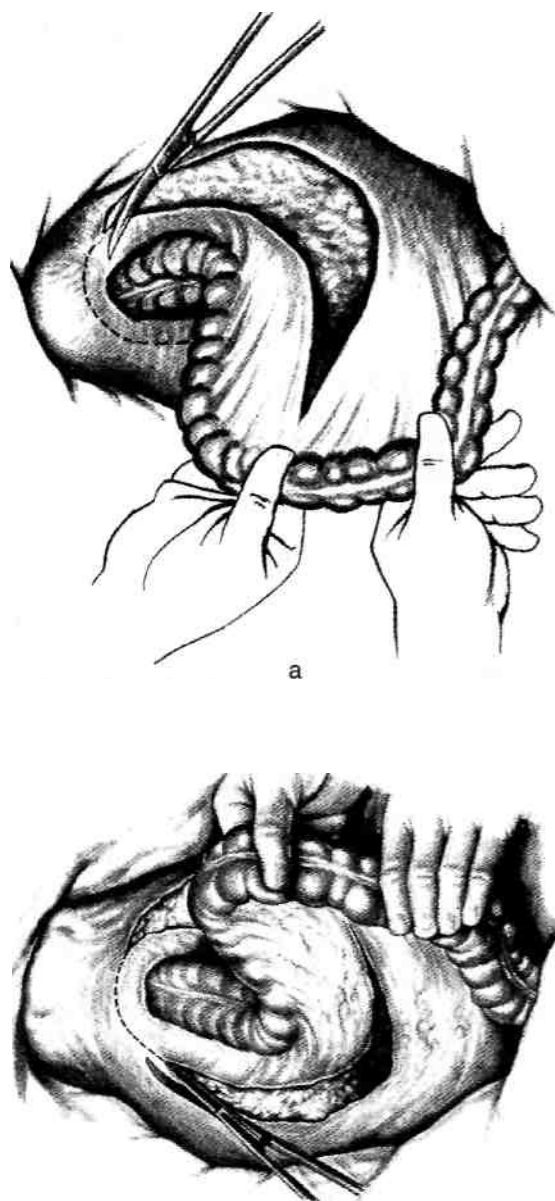


Рис. 14-70. Мобилизация брыжейки сигмовидной кишки. а — рассечение внутреннего листка брыжейки сигмовидной кишки, б — рассечение наружного листка брыжейки сигмовидной кишки. (Из: Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций. — М., 1987.)

мокишечное пространство. Надсечение соединительнотканых тяжей между фасциями прямой кишки и крестца облегчает мобилизацию прямой кишки (рис. 14-71, а, б). Отслойку необходимо производить именно между ними. Повреждение фасции прямой кишки может привести к нарушению целостности отводящих лимфатических путей и оставлению части око-

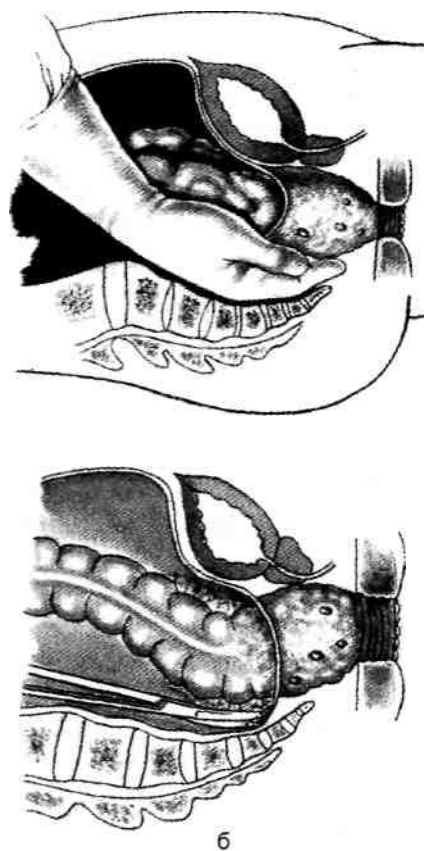


Рис. 14-71. Мобилизация прямой кишки по задней стенке, а — тупым путём, б — острым путём. (Из: Петерсон Е.Е. Атлас онкологических операций. — М., 1987.)

лопрямокишечной клетчатки с лимфатическими узлами, содержащими метастазы опухоли. Повреждение крестцовой фасции может привести к трудноостанавливаемому кровотечению из крестцового венозного сплетения. При опухоли задней стенки прямой кишки возможность проведения радикальной операции оценить не сложно, поскольку для этого необходимо исключить лишь прорастание опухоли в крестец. Мобилизацию по задней стенке из брюшной полости считают законченной, если концы пальцев свободно доходят до мышц тазового дна и ощущают переднюю поверхность копчика.

Ревизия и мобилизация передней стенки прямой кишки чревата опасностью повреждения органов таза. Для облегчения ориентировки в мочеиспускательный канал перед операцией вводят катетер. Войдя кистью правой руки (тыльная поверхность кисти обращена к крестцу) в позадипрямокишечное пространство, стремятся пальцами обхватить кишку. Если этот приём удаётся, то вероятность про-

растания опухоли в органы таза меньше. Переднюю стенку мобилизуют ножницами по ходу апоневроза *Денонвиллье* (во избежание кровотечения).

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Пороки развития конечного отдела толстой кишки, возникающие в результате нарушения процессов эмбрионального развития, встречаются с частотой 1 на 5000—10 000 новорождённых.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

В последние годы всеобщее признание получила классификация пороков развития прямой кишки, принятая в 1970 г. на Международном конгрессе детских хирургов в Мельбурне. В основу этой классификации положено отношение прямой кишки к мышцам тазового дна, в частности лобково-прямокишечной мышце. Согласно мельбурнской классификации аноректальных пороков развития, различают высокие (супралевавторные), средние (интермедиальные) и низкие (транслевавторные) аноректальные аномалии.

Из отечественных классификаций следует упомянуть классификацию *Г.А. Баурова* (1977), выделяющую:

- Атрезии простые низкие (подлевавторные) и высокие (надлевавторные).
- Атрезии со свищами низкие (подлевавторные) и высокие (надлевавторные).
- Сужения заднего прохода, прямой кишки, заднего прохода и прямой кишки.
- Клоаку пузырную и вагинальную.

В общей сложности больные с атрезией составляют 70—85% от общего числа больных с пороками развития заднего прохода и прямой кишки. Простая атрезия — наиболее часто встречающийся порок развития конечного отдела кишечника. Чаще всего встречается атрезия заднепроходного канала и прямой кишки, несколько реже — атрезия заднепроходного отверстия, ещё реже — атрезия прямой кишки.

Атрезию без труда распознают при первичном осмотре по отсутствию заднепроходного отверстия. После этого необходимо установить вид атрезии, определить её высоту (высокая или

низкая). О высоте атрезии судят прежде всего по отношению кишки к леваторным мышцам, залегающим у новорождённых на глубине около 2 см от кожи заднепроходной области. Слепой конец кишки может находиться внутри этой мышцы или выше её. Низким считают расположение слепого конца кишки на глубине 2—2,5 см от кожи, если он расположен глубже, то атрезию считают высокой.

- Прикрытое заднепроходное отверстие — наиболее лёгкая форма низкой атрезии. На месте заднепроходного отверстия расположена полупрозрачная мембрана, ограниченная сфинктером.
- Атрезия заднепроходного канала также относят к разряду низких атрезии. На месте заднепроходного отверстия обнаруживают незначительное вдавление пигментированного участка кожи. О данном виде атрезии с большой вероятностью можно говорить, когда при надавливании пальцем на область заднепроходного отверстия ощущается флюктуация.
- Атрезия заднепроходного канала и прямой кишки относят к высоким формам атрезии. При данной аномалии промежность обычно уменьшена в размерах, недоразвита, нередко отсутствует копчик, а иногда и крестец. На месте, где должно быть заднепроходное отверстие, кожа чаще всего гладкая.
- Атрезия прямой кишки (изолированная) может быть высокой и низкой. При данной аномалии заднепроходное отверстие с хорошо сформированным наружным сфинктером расположено на обычном месте. Заднепроходной канал сформирован, но выше прямая кишка отсутствует на том или ином протяжении. Для установления диагноза достаточно ввести катетер через заднепроходное отверстие или провести пальцевое исследование.

Наиболее распространённый метод диагностики уровня атрезии — рентгенография по *Вангестину*. Суть метода заключается в том, что место, где должно быть заднепроходное отверстие, маркируют предметом, задерживающим рентгеновские лучи (скрепка, монета и т.д.).

Атрезии заднепроходного канала и прямой кишки корригируют только хирургическим путём. В первые часы и дни жизни в неотложном порядке по жизненным показаниям выполняют операцию при всех формах простой (без свищей) атрезии, а также при свище в

мочевую систему и очень узком промежностном свище. Откладывание операции чревато возникновением вторичных изменений в организме. При неполном опорожнении кишечника происходит постепенное расширение проксимальных отделов кишечника с выраженной их атонией и развитием вторичного мегаколона. Более или менее свободные манипуляции в ране без риска повредить соседние анатомические образования возможны в возрасте около 1 года.

Цель хирургического вмешательства — создать на месте отсутствующего заднепроходного отверстия новое, обеспечить его нормальную функцию и устранить патологическое соустье прямой кишки с соседними органами. Достичь этого можно с помощью проктопластики. В настоящее время существуют два основных и принципиально различных способа проктопластики: промежностная и комбинированная (брюшно-промежностная, крестцово-брюшно-промежностная).

• Промежностная проктопластика предусматривает замещение атрезированной части

вышележащим отделом кишки после мобилизации её промежностным доступом и восстановлением заднепроходного отверстия на естественном месте.

- Комбинированная проктопластика отличается тем, что для подхода к кишке пользуются 2—3 доступами, поскольку высокорасположенный слепой конец кишки невозможно низвести только через промежностную рану. Характер оперативного вмешательства зависит от высоты атрезии. При низкой атрезии (не более 1,5 см от кожи) показана промежностная, при высокой (более 1,5 см) — комбинированная проктопластика.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА

Из предложенных вариантов комбинированной проктопластики предпочтительна так называемая интравекральная брюшно-промежностная пластика по *Ромуальди—Ребейну* (рис. 14-72).

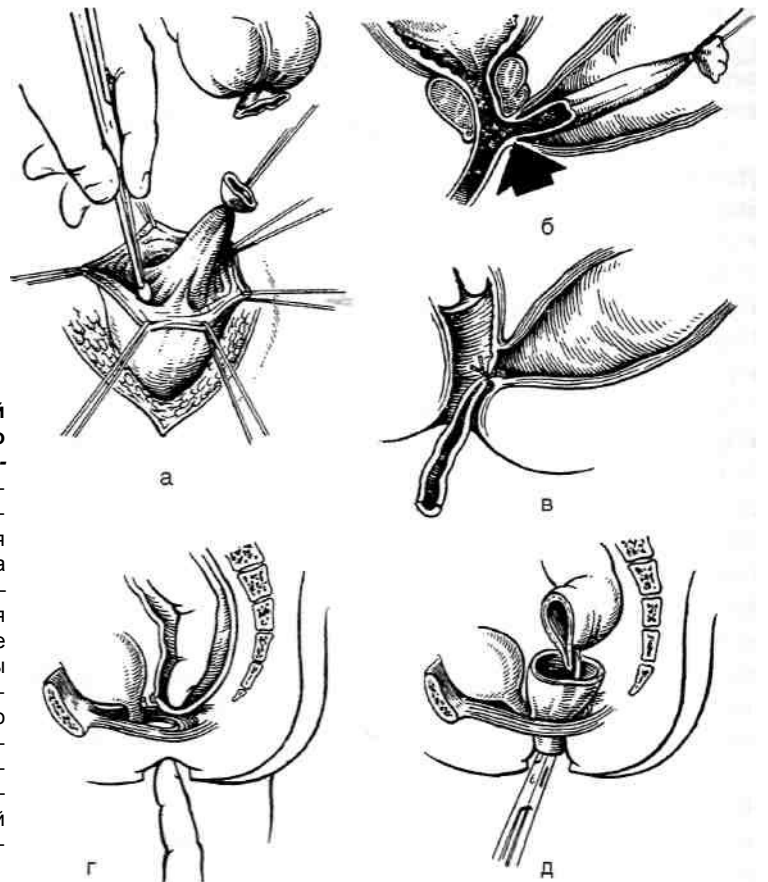


Рис. 14-72. Основные этапы интравекральной брюшно-промежностной проктопластики по *Ромуальди-Ребейну* в модификации *Лёнюшкина*. а — начало демукозации дистального отдела толстой кишки, б — прямокишечно-мочеиспускательный свищ у мальчика: отделенная слизистая оболочка перевязана или пересечена в месте перехода в свищ (указано стрелкой), в — влагалищный свищ у девочки: мобилизованная слизистая оболочка вывернута через наружное свищевое отверстие и перевязана со стороны промежности, г — определение центра лобково-прямокишечной пращи встречной пальпацией со стороны заднепроходного канала и промежности, д — низведение мобилизованной сигмовидной кишки на промежность через демукозированный цилиндр и центр лобково-прямокишечной мышцы. (Из: *Лёнюшкин А.И.* Проктология детского возраста. — М., 1976.)

Техника. Производят лапаротомию срединным или парамедиальным разрезом. Оценивают состояние толстой кишки и характер её кровоснабжения, после чего мобилизуют брыжейку сигмовидной кишки, сохраняя хорошее питание участка, подлежащего низведению для замещения прямой кишки.

Сигмовидную кишку пересекают между двумя зажимами на несколько сантиметров выше переходной складки брюшины. Периферический (слепой) конец кишки освобождают от мекония, санируют просвет, а затем его демукозируют, стараясь обойти со всех сторон слизистую оболочку свища и перевязать её, что обычно удаётся при высоких свищах (в мочевого пузырь, простатическую часть мочеиспускательного канала). При низкорасположенных свищах (во влагалище, мембранозную часть мочеиспускательного канала) этот приём не всегда выполним, поэтому чаще приходится отрывать (или пересекать ножницами) слизистую оболочку в месте соустья.

Переведя больного в литотомическое положение, проводят разрез на промежности. Формируют заднепроходной канал в естественном месте и соединяют его с прямой кишкой, перфорируя слепо заканчивающийся мешок со стороны брюшной полости с таким расчётом, чтобы туннель проходил в центре лобково-прямокишечной мышцы. Для этого правый указательный палец вводят в прямую кишку, а левый — в промежностную рану; сближая пальцы, нащупывают в центре мышцы рыхлое пространство, соответствующее нормальному местоположению прямой кишки. При этом стараются идти как можно ближе кпереди, а не к крестцу. Чтобы не повредить мочеиспускательный канал или влагалище, в них предзарительно вводят металлический катетер.

Растягивают мышцу и постепенно расширяют туннель, через который низводят на промежность конец мобилизованной сигмовидной кишки. Избыток кишки резецируют, небольшой отрезок (3—4 см) оставляют свободно висеть. К нему подливают кожные лоскуты. В просвет кишки вставляют резиновую трубку, на которой перевязывают край культи. По трубке в первые дни отходят кал и газы.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКИХ ФОРМ АТРЕЗИИ

В случаях прикрытого заднепроходного отверстия, когда просвет кишки отделён от на-

ружной среды тонкой плёнкой, производят простое крестообразное иссечение этой пленки. Этого бывает достаточно, чтобы в последующем окончательно сформировался заднепроходной канал и в полном объёме восстановилась функция прямой кишки.

При атрезии заднепроходного канала без свища выполняют промежностную проктопластику по типу операции *Диффенбаха* в модификации *Лёнюшкина*. Цель операции — проведение анопластики с восстановлением физиологической функции вновь созданного заднего прохода (рис. 14-73).

Техника. Производят крестообразный разрез над центром сфинктера с образованием 2—4 маленьких кожных лоскутов. Последние отводят в стороны за лигатуры-держалки и обнажают волокна наружного сфинктера. В центральную часть мышцы вводят конец сосудистого зажима с сомкнутыми браншами, а затем, медленно раздвигая их, расширяют сфинктер, формируя заднепроходной канал.

После обнаружения слепого конца прямой кишки начинают его выделение и мобилизацию. На данном этапе необходимо попасть в центр петли лонно-прямокишечной мышцы. Мобилизацию передней, боковой и задней стенок прямой кишки лучше производить под контролем металлического катетера, предварительно введённого в мочеиспускательный канал у мальчиков (или тонкого бужа, введённого во влагалище у девочек). Мобилизацию прекращают, когда конец прямой кишки выступает за пределы кожного разреза на 2,5—3 см.

В отличие от способа *Диффенбаха*, *А.И. Лёнюшкин* предложил не подшивать края кишки к краю кожного разреза и оставить избыток кишки свободновисящим. Выведенную прямую кишку подшивают за наружную оболочку к наружному сфинктеру заднего прохода или к мышцам тазового дна, а кожные лоскуты фиксируют к культе выведенной кишки. Оставление дистального отдела прямой кишки свободным препятствует расхождению краёв раны и последующему рубцеванию заднего прохода. Избыток прямой кишки отсекают через 14—15 дней. За этот срок от кожных лоскутов на культю нарастает кожная муфта, последнюю используют в дальнейшем для окончательной анопластики. С этой целью проводят циркулярный разрез по краю муфты до слизистой оболочки выступающей культи. Затем слизистую оболочку отсепаровывают вглубь на 1,5—2 см и

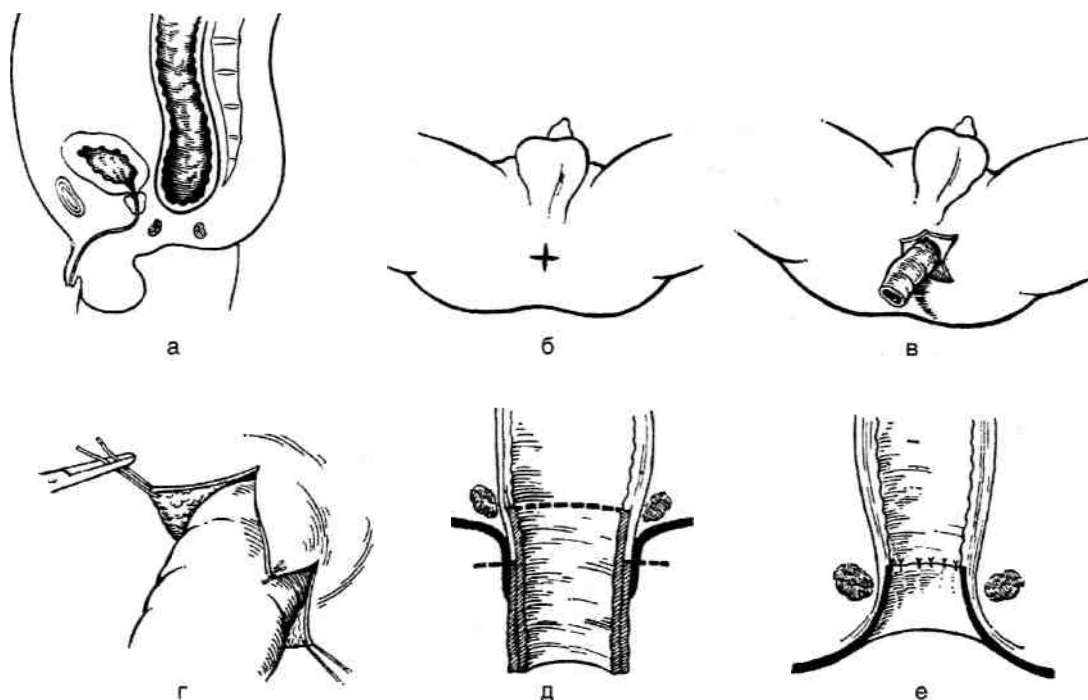


Рис. 14-73. Этапы промежностной проктопластики по Диффенбаху в модификации Лёнюшкина. а — общий вид патологии, б — крестообразный разрез кожи, в — низведение мобилизованной кишки, г — подшивание кожных лоскутов к стенке низведённой кишки, д — ступенчатое отсечение избытка кишки после нарастания кожной муфты, е — сшивание края муфты со слизистой оболочкой ободочной кишки. (Из: Долецкий С.Я., Исаков Ю.В. Детская хирургия. — М., 1970; Лёнюшкин А.И. Проктология детского возраста. — М., 1976.)

пересекают. Край слизистой оболочки узловыми швами сшивают с предварительно иссечёнными краями муфты, в результате чего она в последующем несколько вворачивается внутрь заднепроходного канала.

В данной модификации вновь образованное заднепроходное отверстие анатомически приближается к нормальному, а благодаря созданной кожной части заднепроходного ка-

нала сохраняются лучшая чувствительность и произвольный контроль за дефекацией. При тяжёлом общем состоянии накладывают противоестественный задний проход на проксимальную часть сигмовидной кишки, в дальнейшем (через несколько месяцев) производят второй этап вмешательства — проктопластику и устранение противоестественного заднего прохода.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Пояснение. За каждым из перечисленных вопросов или незаконченных утверждений следуют обозначенные буквой ответы или завершения утверждений. Выберите один или несколько ответов или завершения утверждения, наиболее соответствующие каждому случаю.

1. Выберите показания для дренирования предпузырного пространства.
 - А. Мочевые затёки.
 - Б. Камни мочевого пузыря.
 - В. Флегмона предпузырной клетчатки, развившаяся в результате ранения мочевого пузыря.
 - Г. Перитонит.
 - Д. Паранефрит.

Выберите доступы для дренирования предпузырного пространства.

- А. По срединной линии над лобком.
- Б. Трансректальный разрез.
- В. По Пфанненитию.
- Г. По Пирогову (параллельно паховой связке).
- Д. С боков от срединной линии под медиальным отделом паховой связки.

Как правильно вскрыть мочевой пузырь?

- А. Предварительно пересечь вены.
- Б. Наложить две лигатуры.
- В. Проколоть между лигатурами стенку.
- Г. Спереди назад, сверху вниз.
- Д. Строго по средней линии.

- Е. Проколоть над лобком трансректально.
- 4. Какие виды резиновых катетеров обычно применяют для катетеризации мочевого пузыря?**
- А. *Нелатона, Тимана, Петтцера, Малек.*
 Б. *Кохера, Ривольди, Лесгафта.*
 В. *Аванесяна, Столбина, Петрова.*
 Г. *Померанцева—Фолея.*
 Д. *Кукуджанова, Бассини.*
- 5. Выберите виды аномалий развития прямой кишки и заднего прохода.**
- А. Расширение прямой кишки.
 Б. Атрезии.
 В. Прикрытие заднепроходного отверстия.
 Г. Недоразвитие ампулы прямой кишки.
 Д. Отсутствие сфинктеров.
- 6. Какие существуют способы лечения фимоза?**
- А. Кровавые.
 Б. Консервативные.
 В. Бескровные.
 Г. Прямые.
 Д. Комбинированные с применением дермопластики.
- 7. Какова длина женских мочевых катетеров?**
- А. 14-16 см.
 Б. 3-4 см.
 В. 25 см.
 Г. 19-30 см.
 Д. 24-36 см.
- 8. В чём отличия операции Винкельманна от операции Бергманна!**
- А. Различные показания.
 Б. При операции *Винкельманна* рассекают влагалищный отросток брюшины.
 В. При операции *Винкельманна* не рассекают влагалищную оболочку яичка.
 Г. При операции *Бергманна* не рассекают влагалищную оболочку яичка.
 Д. При операции *Бергманна* рассекают влагалищную оболочку яичка.
 Е. При операции *Винкельманна* производят пункцию яичка.
- 9. Выберите методы оперативного низведения яичка при крипторхизме.**
- А. Одномоментное низведение с фиксацией яичка к стенке мошонки.
 Б. Трёхмоментное низведение без фиксации яичка.
 В. Трёхмоментное низведение с фиксацией яичка.
 Г. Двухмоментное низведение с фиксацией яичка к фасции бедра.
 Д. Двухмоментное низведение с фиксацией яичка к дну мошонки.
- 10. Назовите основные этапы операций при остром парапроктите.**
- А. Вскрытие и дренирование.
 Б. Вскрытие и катетеризация.
 В. Катетеризация и иссечение свищевого хода.
 Г. Ушивание полости прямой кишки.
- Д. Ликвидация внутреннего отверстия свища, соединяющего полость гнойника с прямой кишкой.
- 11. Какие существуют виды свищей прямой кишки?**
- А. Полные, неполные со свищевым ходом.
 Б. Неполные, открывающиеся во влагалище.
 В. Полные, сообщающиеся с мочевым пузырём.
 Г. Располагающиеся в пределах клетчатки таза.
 Д. Полные, неполные наружные, неполные внутренние.
- 12. Какие бывают виды парапроктитов в зависимости от первичной локализации воспалительного процесса?**
- А. Околокишечный.
 Б. Межфасциальный.
 В. Подкожный, подслизистый.
 Г. Седалищно-прямокишечный.
 Д. Тазово-прямокишечный.
- 13. Какие оперативные доступы применяют при операциях на мочевом пузыре?**
- А. Надлобковый, трансуретральный.
 Б. Верхнюю срединную лапаротомию.
 В. Трансвагинальный, промежностный, комбинированный.
 Г. Разрезы по *Мак-Барни—Волковичу—Дьяконову, Черни.*
 Д. Разрезы по *Кохеру, Фёдорову.*
- 14. Выберите способы дренирования клетчаточных пространств таза при флегмонах.**
- А. Трансректальный.
 Б. Через надлобковый доступ.
 В. Через влагалище.
 Г. Чреспузырный.
 Д. Через переднюю брюшную стенку.
 Е. Бедренный.
- 15. Выберите показания к аденомэктомии.**
- А. Гипертрофия предстательной железы.
 Б. Гипотрофия предстательной железы.
 В. Атрофия предстательной железы.
 Г. Миома предстательной железы, доброкачественное увеличение предстательной железы.
 Д. Сдавление предстательной железы другими органами малого таза.
- 16. Какие существуют способы удаления предстательной железы?**
- А. Промежностный.
 Б. Внебрюшинный задний.
 В. Чреспузырный надлобковый.
 Г. Позадилобковый внепузырный.
 Д. Предпузырный надлобковый.
- 17. Чем перитонизируют культю маточной трубы при операции по поводу внематочной беременности?**
- А. Широкой связкой матки.
 Б. Внутритазовой фасцией.
 В. Круглой связкой матки.
 Г. Поддерживающей связкой яичника.
 Д. Собственной связкой яичника.

18. Какие разрезы передней брюшной стенки применяют при операциях на органах малого таза?

- А. Среднесрединный.
- Б. Нижнесрединный надлобковый по Кейю.
- В. Надлобковый поперечный по Пфannenштилю.
- Г. Поперечный интраилеокальный по Черни.
- Д. Влагалищный.

19. Выберите возможные расположения плодного яйца при трубной беременности.

- А. В ампулярном отделе маточной трубы.
- Б. В шейке маточной трубы.

- В. В интерстициальном отделе маточной трубы.
- Г. В области воронки маточной трубы.
- Д. В перешеечном отделе маточной трубы.

20. Выберите показания к операции по поводу вне-маточной беременности.

- А. Асфиксия плода.
- Б. Сужение маточной трубы.
- В. Прервавшаяся трубная беременность с развившимся кровотечением.
- Г. Гипертрофия маточных труб.
- Д. Воспалительные процессы матки и влагалища.

Правильные ответы: 1 - А, Д; 2 - А, Г, Д, Е; 3 - Б, Г; 4 - А, Г; 5 - Б, В; 6 - А, В; 7 - А; 8 - А, В, Д, Е; 9 - А, Г; 10 - А, Д; 11 - Д; 12 - В, Г, Д; 13 - А, В; 14 - В, Д, Е; 15 - А, Г; 16 - А, В, Г; 17 - В; 18 - Б, В, Г; 19 - А, В, Д; 20 - В.