

A photograph of an operating room with several surgeons in blue scrubs performing a procedure on a patient lying on a table. Large overhead surgical lamps illuminate the scene. The text is overlaid in red and yellow.

**ТЕМА: Лапаротомия  
надлобковым разрезом.  
Кесарево сечение в  
нижнем сегменте матки**



# Кесарево сечение -

это операция, при которой абдоминальным хирургическим путем вскрывают беременную матку и извлекают плод со всеми его добавочными образованиями (М. С. Малиновский).

# Показания к кесареву сечению со стороны матери:



- абсолютные
- относительные

# Абсолютные



- анатомически узкий таз III-IV степени;
- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением и отсутствием условий для немедленного родоразрешения;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- угрожающий или начавшийся разрыв матки;
- два рубца на матке и более;
- несостоятельность рубца на матке;

- опухоли органов малого таза, препятствующие рождению ребенка;
- состояние после операций по восстановлению мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- рубцовые изменения шейки матки и влагалища, препятствующие рождению ребенка;
- выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы;
- разрывы III степени промежности в анамнезе;
- экстрагенитальный рак и рак шейки матки.

# Относительные



- клинически узкий таз;
- стойкая слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии;
- тяжелые формы поздних гестозов;
- пороки развития матки и влагалища;
- экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени, заболевания головного мозга, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и т.д.).

# Показания к кесареву сечению со стороны плода:



- абсолютные
- относительные

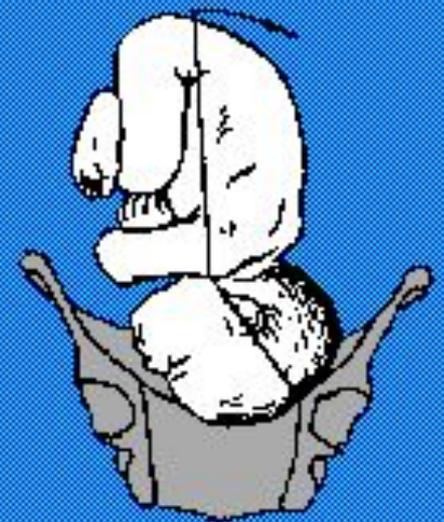
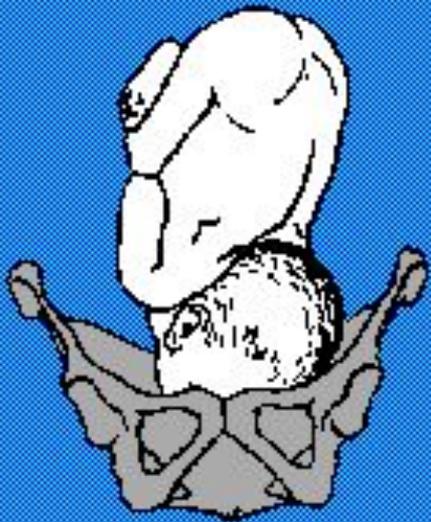
# Абсолютные



- поперечное положение плода;
- тазовое предлежание плода при массе тела его более 3500 г.;
- предлежание и выпадение петель пуповины;



- Разгибательные вставления головки:
  - лобное;
  - передний вид лицевого предлежания;
  - заднетеменное вставление головки;
  - высокое прямое стояние стреловидного шва;



- острая гипоксия плода, при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;
- состояние агонии или смерть матери при живом плоде.



# Относительные



- хроническая ФПН;
- преждевременные роды в тазовом предлежании;
- сочетанные показания (т.е. совокупность относительных показаний);
- тазовое предлежание плода (масса до 3500 г).



# ВИДЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

## А. По срочности:

- 1) Плановое.
- 2) С началом родовой деятельности (запланированное).
- 3) Экстренное.

## Б. По технике выполнения:

- 1) Абдоминальное (через переднюю брюшную стенку).

Абдоминальное кесарево сечение в сроке 16 – 22 недели беременности называется **малое кесарево сечение**.

- 2) Влагалищное (через передний свод влагалища).

## **В. По отношению к брюшине:**

- 1) Интраперитонеальное** (трансперитонеальное) – со вскрытием брюшной полости:
  - корпоральное (классическое);
  - в нижнем сегменте матки поперечным разрезом;
  - истмико-корпоральное кесарево сечение с продольным разрезом матки – выполняют при недоношенной беременности, когда не развернут нижний сегмент матки.
- 2) Экстраперитонеальное** – внебрюшинное (по методике Е.Н. Морозова).
- 3) Кесарево сечение в нижнем сегменте с временной изоляцией брюшной полости.**

# ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КС

Наблюдаются у **1 – 10 %** (по данным зарубежных авторов – у 20 %), чем выше % кесарева сечения, тем больше осложнений.

## I. Интраоперационные:

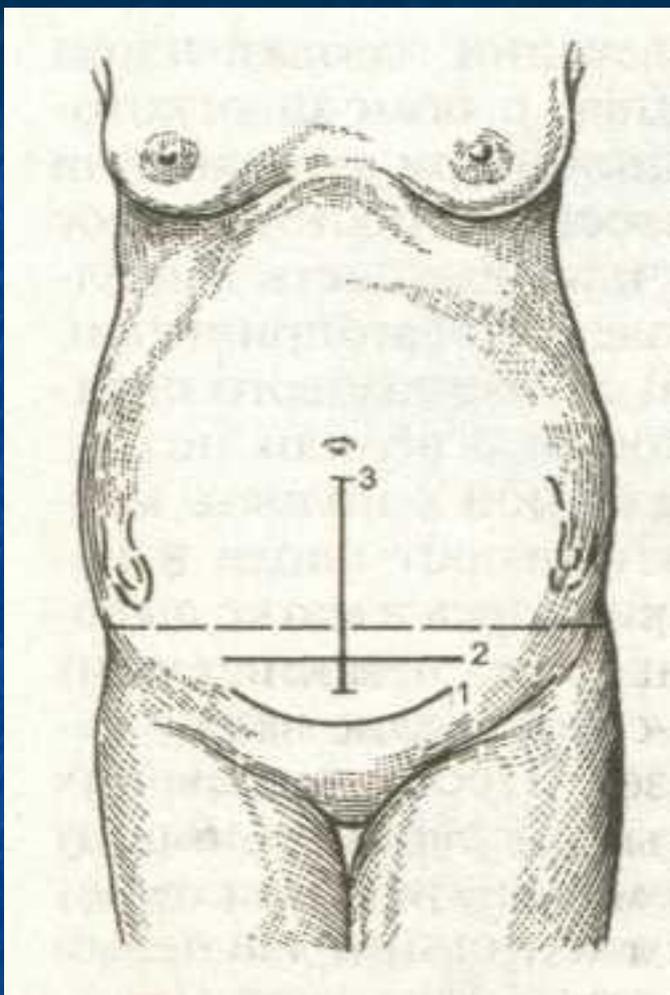
- кровотечения
- ранение соседних органов
- трудности выведения головки
- трудности извлечения ребенка
- осложнения наркоза

## ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

- Лапаротомия
- Разрез матки
- Извлечение плода
- Ушивание матки
- Ушивание передней брюшной стенки

# МЕТОДЫ ЛАПАРОТОМИИ

- **Нижняя срединная** – разрез по белой линии живота на 4 см ниже пупочного кольца и заканчивается на 4 см выше лонного сочленения.
- **Поперечная надлобковая лапаротомия по Пфанненштилю** – разрез дугообразной формы проводится по надлобковой складке, длиной 15-16 см.
- **Поперечная лапаротомия по Джоэл-Кохен (Joel-Cohen)** – поверхностный прямолинейный разрез кожи на 2,5 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей.



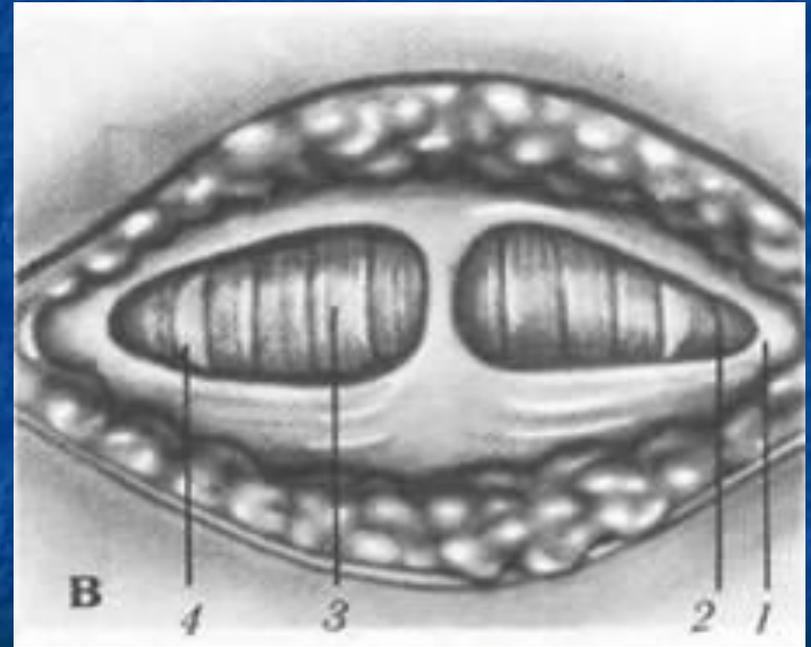
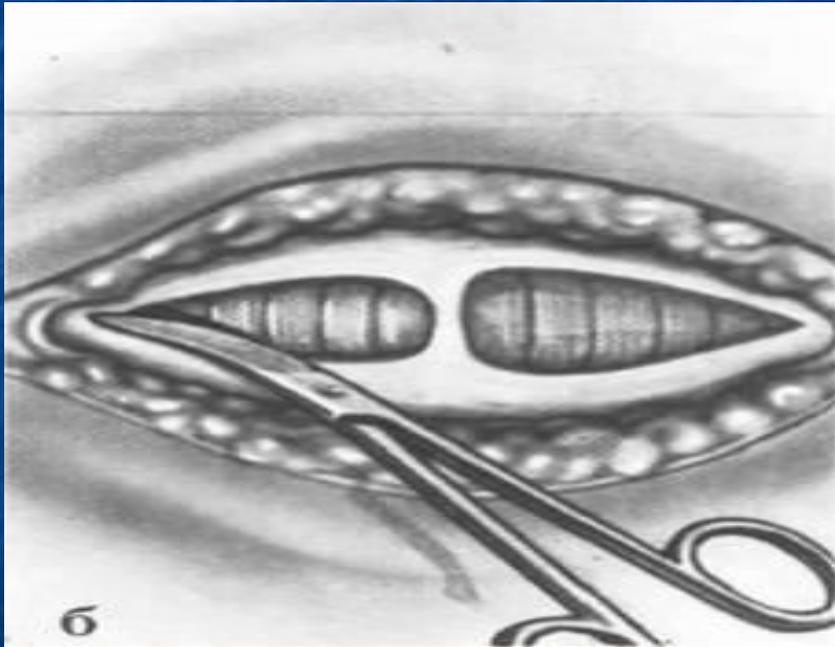
## Способы рассечения передней брюшной стенки:

- 1 – по Пфанненштилю;
- 2 – по Джоэл-Кохен;
- 3 – нижняя срединная  
лапаротомия

- Кожу и подкожную основу рассекают по надлобковой складке на расстоянии 2—3 см от верхнего края лобкового симфиза; кровоточащие сосуды (особенно поверхностные надчревные артерии, проходящие с обеих сторон в паховых областях) следует сразу же пережимать зажимами и тщательно перевязывать.



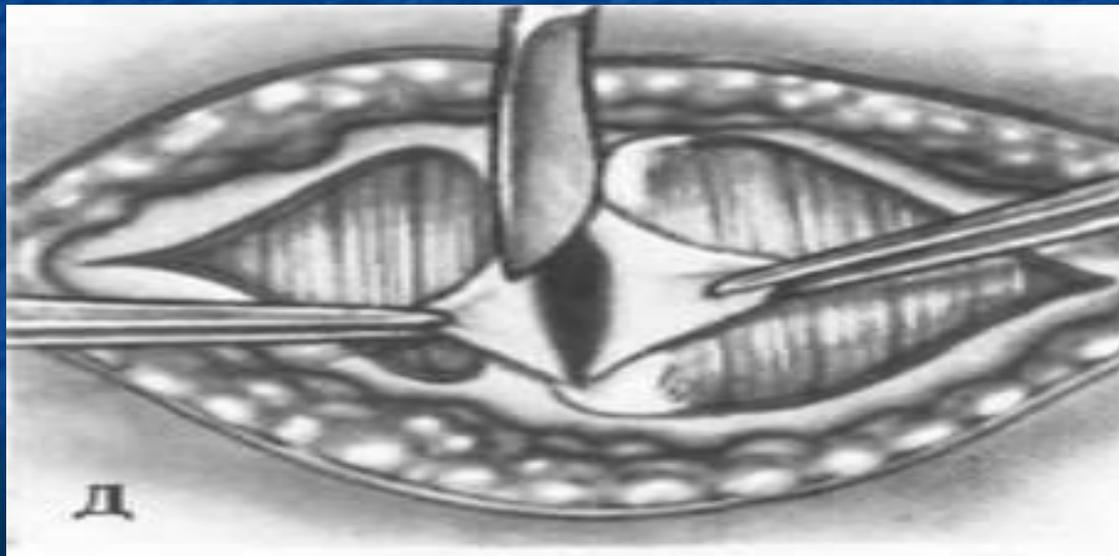
- Апоневроз надрезают скальпелем с обеих сторон от белой линии, на всем остальном протяжении раны его рассекают изогнутыми ножницами



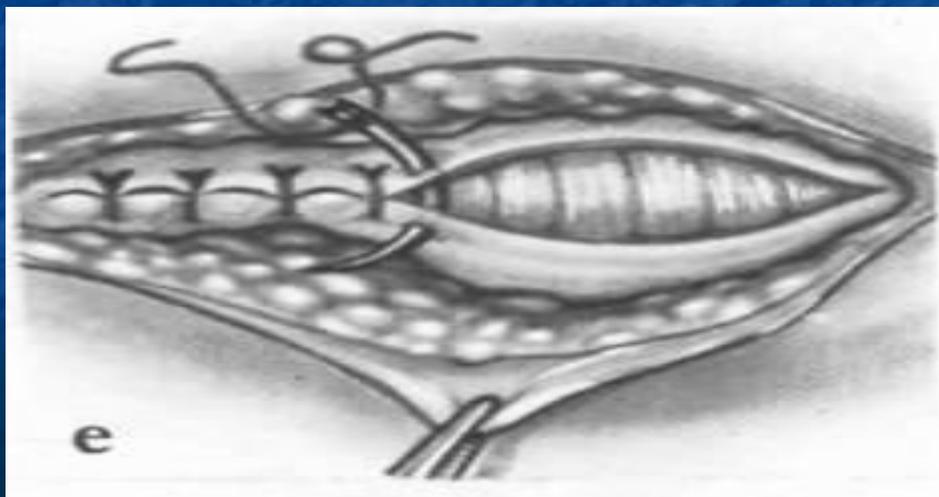
- Край раны посередине апоневроза захватывают тугим зажимом Кохера и, сильно оттягивая кверху, отсекают его ножницами от белой линии по направлению к пупку, насколько позволяет величина разреза кожи



- При разрезе по Пфанненштилю обычно рассекают не только листки апоневроза, составляющие переднюю стенку влагалища прямых мышц живота, но и сухожилия наружных и внутренних косых, а также поперечной мышц живота. Но ни одну из мышц передней стенки живота не следует разрезать. Левую прямую мышцу, как и при срединном прямом разрезе, отсепааровывают, а затем отодвигают от белой линии в сторону, после чего вскрывают брюшину между двумя анатомическими пинцетами и прикрепляют к салфеткам, которыми дополнительно обкладывают рану.



- Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом по направлению от пупка к лобковому симфизу; той же нитью, возвращаясь от лобкового симфиза к пупку, подшивают левую прямую мышцу к белой линии или сшивают внутренние края обеих прямых мышц живота. Апоневроз сшивают узловатыми кетгутовыми швами, после чего прошивают подкожную основу также узловатыми кетгутовыми швами, одновременно захватывая края апоневроза



- Однако внутрикожно расположенная кетгутовая нить не всегда и не у всех оперированных своевременно и полностью рассасывается. В подобных случаях наблюдается расхождение краев раны, а иногда и нагноение, вследствие чего утрачивается косметический эффект операции. Поэтому целостность брюшной стенки может быть восстановлена прошиванием кожи, подкожной основы и краев апоневроза шелковыми или лавсановыми нитями. А чтобы косметический эффект этого шва не уступал косметическому эффекту внутрикожного шва, следует прокалывать кожу на одинаковом расстоянии (0,5—1 см) от краев раны.

## ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

- Лапаротомия
- Разрез матки
- Извлечение плода
- Ушивание матки
- Ушивание передней брюшной стенки

# I этап

## Лапаротомия



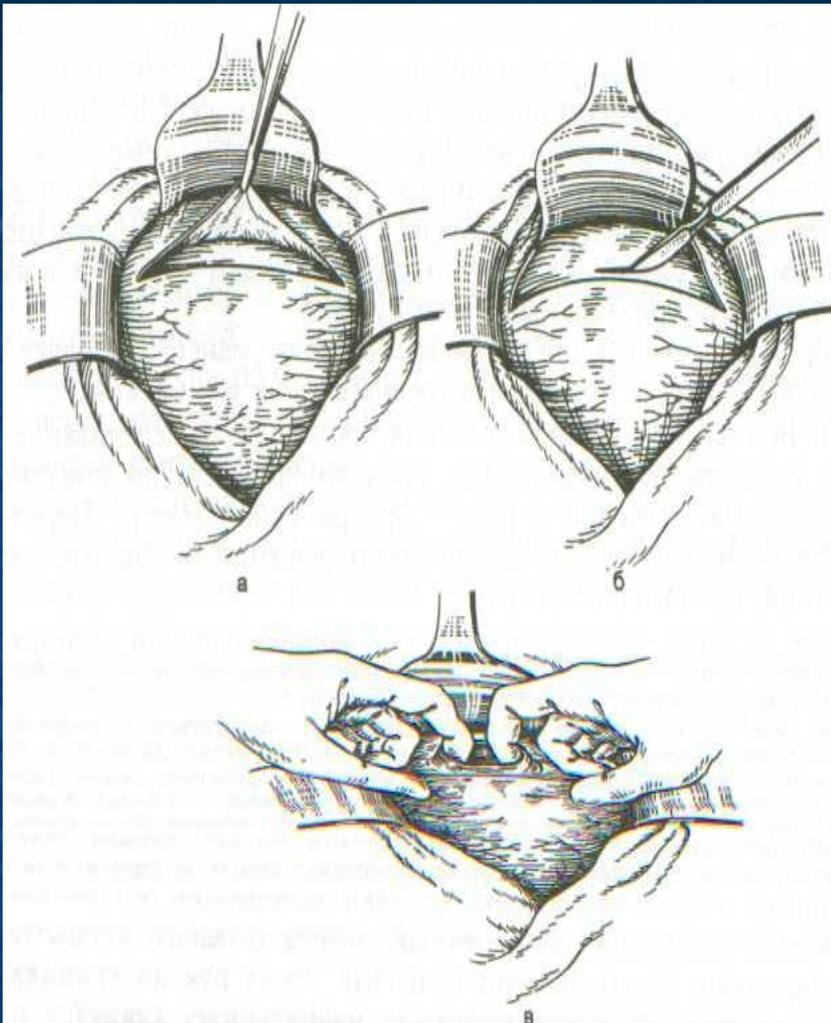
**II этап**

**Разрез матки**

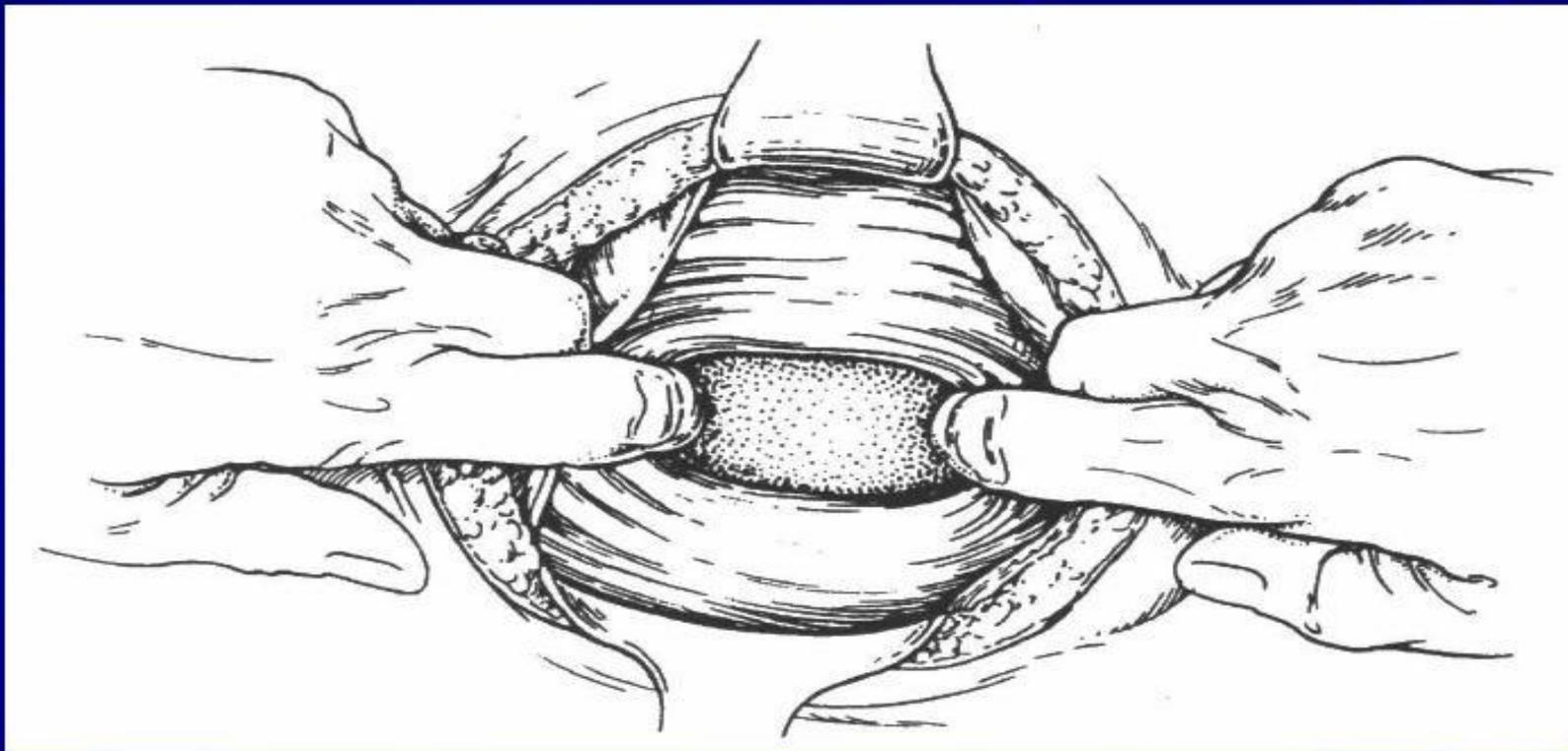
# Поперечный разрез матки

## в нижнем сегменте

а - вскрытие пузырно-маточной складки;  
б - надрез стенки нижнего сегмента матки;  
в - разведение краев раны тупым путем.



- Матку вывести в срединное положение. Найти пузырно-маточную складку, приподнять, разрезать и развести в стороны мочевого пузырь отслоить от нижнего сегмента матки. Нижний сегмент матки рассечь в поперечном направлении в длину 2-3 см, а затем тупым путем продлить до 10-12 см вскрыть плодный пузырь.



*Способ расширения разреза нижнего  
сегмента матки с помощью пальцев  
(по методу Гусакова)*

# III этап

# Извлечение плода



# III этап

## Извлечение плода

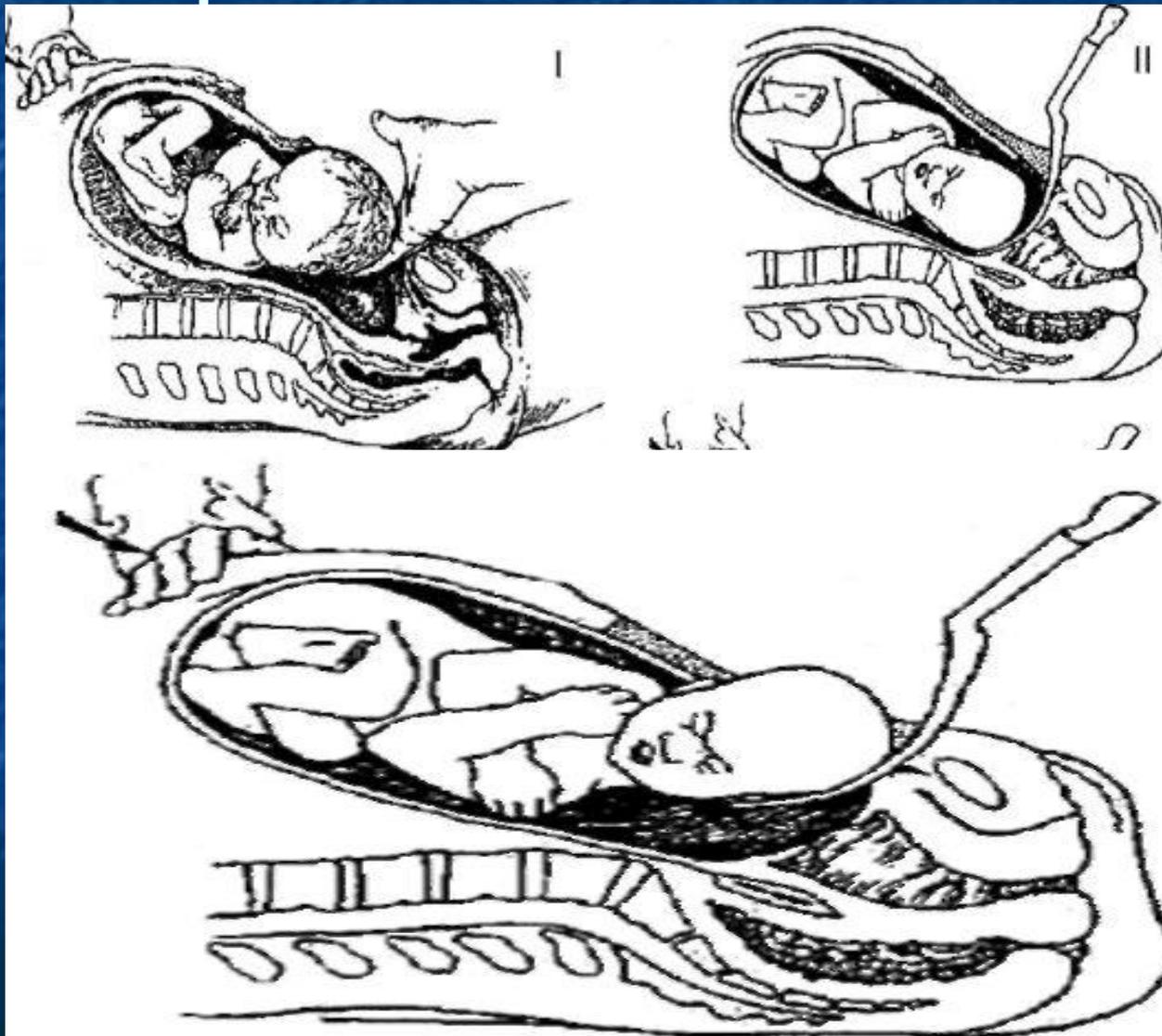


# Рождение ребенка



- Следующий момент абдоминального родоразрешения - извлечение плода из матки. Его важность определяется тем, что примерно в каждом третьем случае операцию производят в интересах плода.
- Извлечение плода зависит от предлежания и положения плода в матке.
- Так, при головном предлежании в полость матки обычно вводят левую кисть (II-V пальцы) таким образом, чтобы ладонная поверхность прилежала к головке плода, захватывают головку и осторожно поворачивают ее затылком кпереди, затем ассистент слегка надавливает на дно матки, а хирург смещает головку кпереди введенной в матку рукой, при этом происходит разгибание головки, и она выводится из матки. Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают плод. Для выведения головки плода из полости матки можно использовать ложку акушерских щипцов.

# Извлечение головки плода при кесаревом сечении в нижнем



I -  
извлечени  
е головки  
плода по  
руке;

II -  
извлечени  
е головки  
плода по  
ложке  
акушерски  
х щипцов.

# IV этап

## Извлечение плаценты



# IV этап

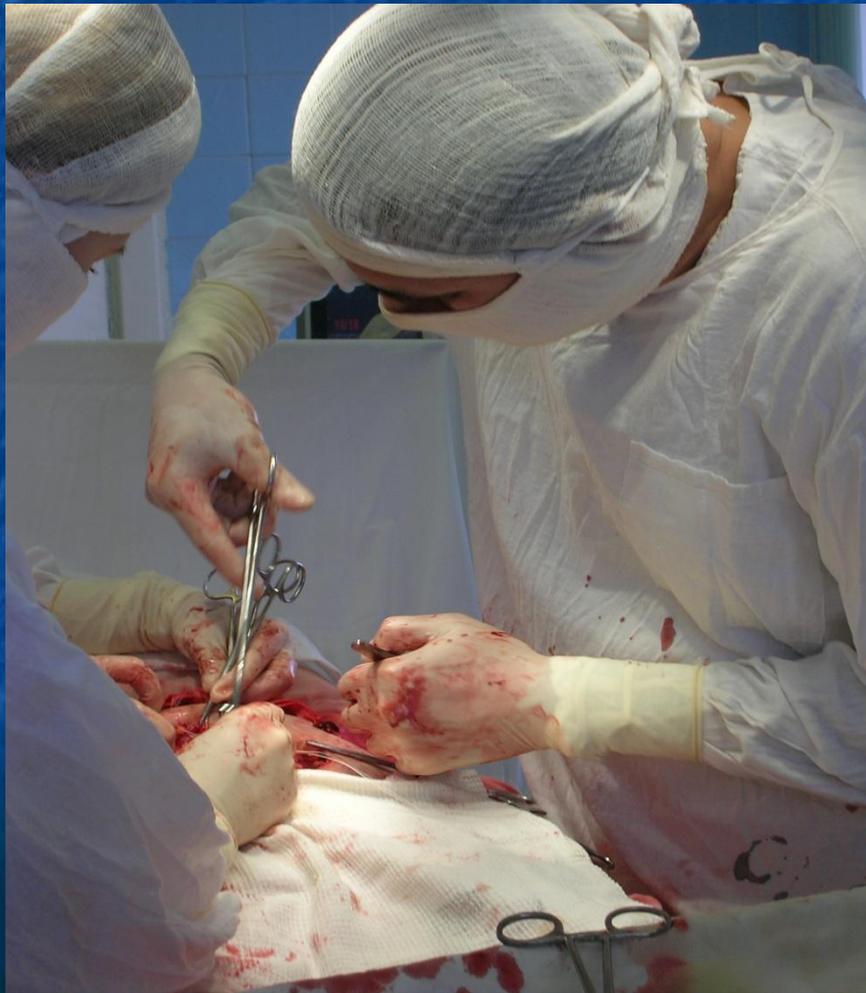
## Извлечение плаценты



Углы разреза фиксировать окончатыми зажимами с целью гемостаза. Ввести 10 ЕД окситоцина внутримышечно, затем подтягиванием за пуповину вывести послед из матки, осмотреть на целостности произвести контрольный осмотр стенок матки.

# У этап

# Ушивание матки



# МЕТОДИКИ УШИВАНИЯ МАТКИ

## 1. Двухрядный шов:

- Оба ряда отдельными швами – по В.И. Ельцову-Стрелкову – первый ряд с обязательным захватом эндометрия (слизисто-мышечный), второй ряд мышечно-мышечный с погружением швов первого ряда.
- Первый ряд – непрерывный обвивной или скорняжный шов с захватом эндометрия и  $1/3$  миометрия без захлеста; второй ряд – П- или Z-образными отдельными швами с захватом  $2/3$  миометрия, обеспечивающим надежный гемостаз.
- Оба ряда – непрерывными швами. Первый ряд непрерывный обвивной с захватом слизистой и  $1/3$  миометрия без захлеста; второй также непрерывный мышечно-мышечный с захватом  $2/3$  миометрия и захлестом по Ревердену.

## 2. Однорядный шов:

- Однорядный мышечно-мышечный шов отдельными швами (Л.С. Логутова, 1996) – разрез на матке ушивается через всю толщу миометрия отдельными швами без захвата слизистой оболочки с интервалом 1 – 1,5 см.
- Однорядный непрерывный шов с одномоментной перитонизацией.
- Непрерывный обвивной однорядный шов синтетическими нитями с прокалыванием слизистой и последующей перитонизацией пузырьно-маточной складкой.
- Непрерывный шов с захлестом по Ревердену.

# Методика зашивания разреза на матке:

- Для оптимизации восстановительных процессов в рубце на матке наиболее перспективным следует признать методику зашивания непрерывным однорядным швом с прокалыванием слизистой оболочки матки при использовании рассасывающего синтетического шовного материала.
- При этом достигается полная герметичность шва, что выгодно отличает эту методику от всех других с наложением отдельных швов.

# Преимущества операции в нижнем сегменте матки поперечным разрезом:

- 1. Операция производится в наиболее тонкой части стенки матки (нижний сегмент), благодаря чему очень незначительное количество мышечных волокон попадает в разрез. По мере инволюции и формирования нижнего сегмента и шейки послеоперационный шов резко уменьшается, и на месте разреза образуется небольшой тонкий рубец.
- 2. Вся операция проходит с небольшой кровопотерей, даже когда в разрез попадает плацентарная площадка. В этом случае кровоточащие расширенные сосуды могут быть изолированно лигированы.
- 3. При этом методе имеется возможность произвести идеальную перитонизацию зашитой раны матки за счет пузырно-маточной складки (*plica vesicouterina*).
- 4. В этом случае разрезы париетальной и висцеральной брюшины не совпадают, а поэтому возможность образования спаек матки с передней брюшной стенкой невелика.
- 5. Опасность разрыва матки при последующих беременностях и вагинальных родах минимальна, так как в большинстве случаев образуется полноценный рубец.





**БЛАГОДАРЮ**

**ЗА**

**ВНИМАНИЕ**