

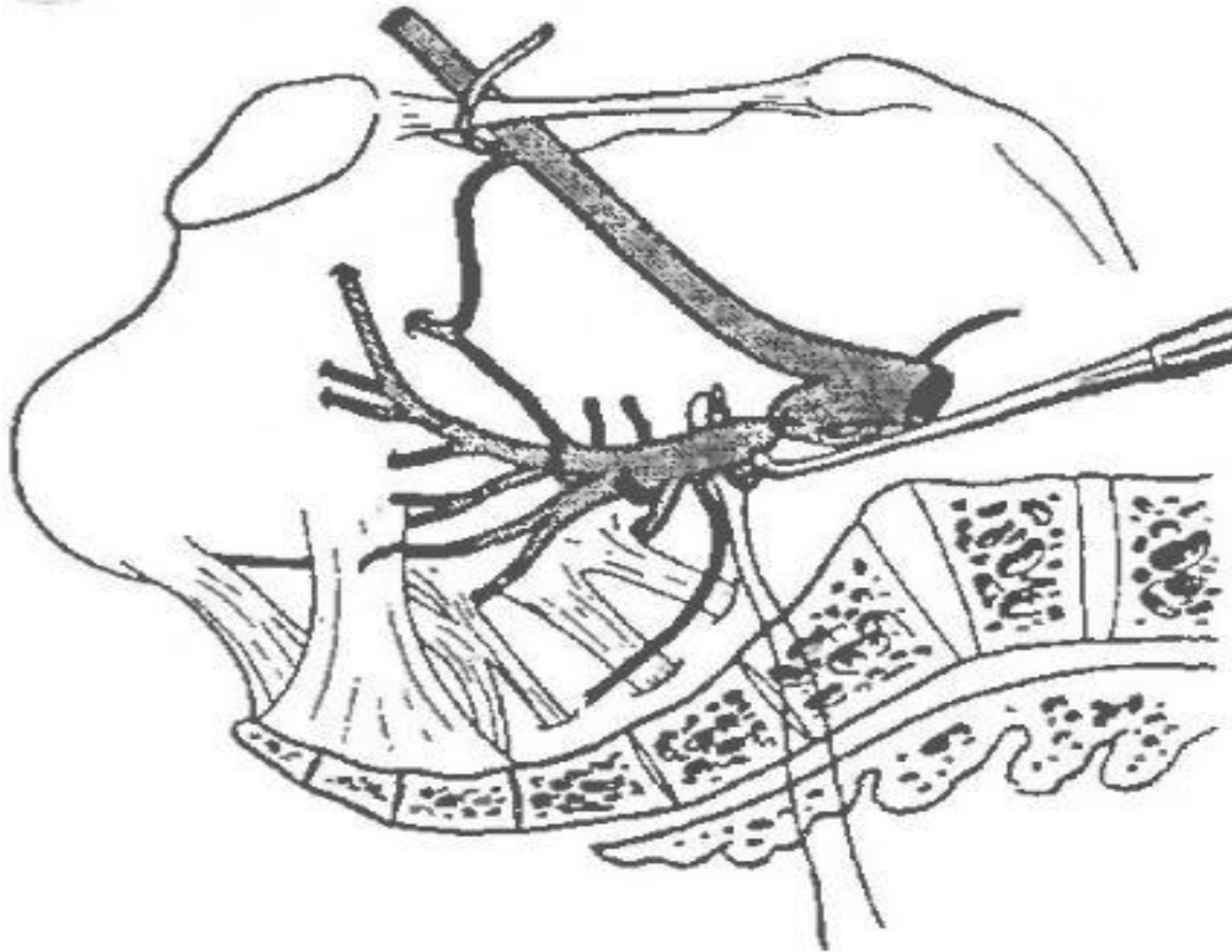
ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

ТЕХНИКА ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

- 1. Послойно вскрыть брюшную полость нижнесрединным продольным разрезом.
- 2. Вскрыть передний листок широкой связки, раздвинуть листки широкой связки, клетчатку параметрия и дойти до крестцово-подвздошного сочленения.
- 3. Широко раскрыть параметрии с помощью зеркал, отыскать внутреннюю подвздошную артерию и перевязать с помощью иглы (рис. 1).
- 4. Проследить ход мочеточника, который проходит у места деления общей подвздошной артерии. При дотрагивании он производит перистальтические движения



Рис. 1. Перевязка внутренней подвздошной артерии. На схеме представлены варианты зон для выполнения этой процедуры.



ГЕМОСТАЗ ПРИ ФИКСАЦИИ ВЛАГАЛИЩА ПУТЕМ ПОДШИВАНИЯ К КРЕСТЦОВО-ОСТИСТОЙ СВЯЗКЕ

При подшивании влагалища к крестцово-остистой связке может возникнуть кровотечение из ветвей внутренней подвздошной (подчревной) артерии, которое бывает трудно остановить. Расслаивая ткани кпереди от седалищной ости, можно попасть в боковые отделы кардинальной связки (перегородки).

Это образование обильно пронизано ветвями подчревной вены. Повреждение какой-либо ее ветви ведет к обильному кровотечению.

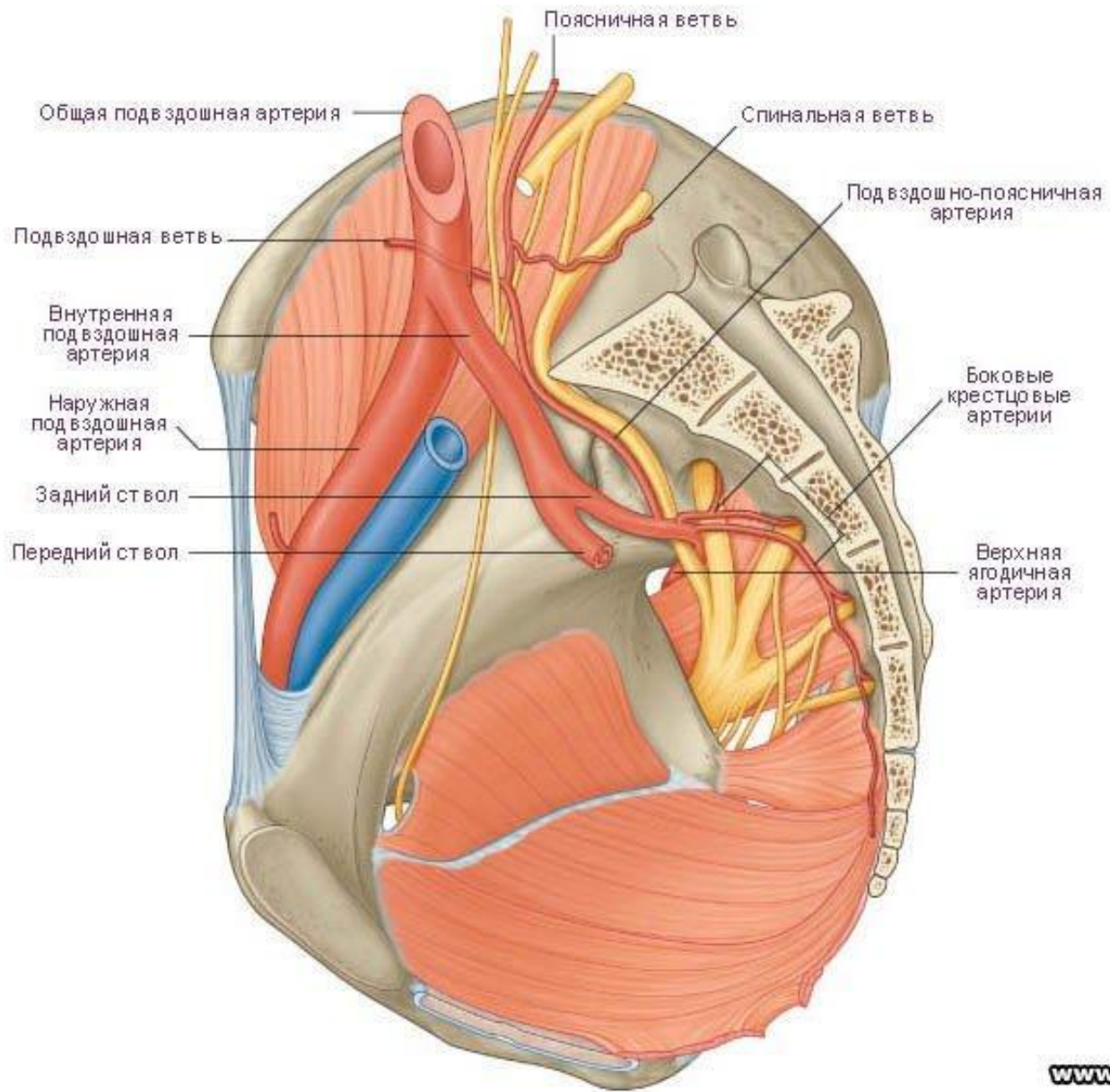


МЕТОДИКА

1 На этом рисунке показана анатомия заднего отдела малого таза. Вверху находятся наружная и внутренняя подвздошные вены. Последняя идет сверху к крестцово-остистой связке, которая натянута между седалищной остью и крестцом. Слева находится сигмовидная кишка. Между верхушкой выпадающего влагалища и крестцово-остистой связкой наложены швы, фиксирующий и страхующий. Швы на связке наложены на расстоянии около 4 см (ширины 2 пальцев) от седалищной ости, чтобы не повредить срамные артерию, вену и нерв. Просвет влагалища после произведенной гистерэктомии закрыт. Видны культы анатомических образований, соединявшихся с маткой. Обозначена так называемая «перегородка» (боковой отдел кардинальной связки), располагающаяся между околопрямокишечным и околопузырным пространствами. В ней находится плотный конгломерат вен, являющихся ветвями подчревной вены.

При выполнении тупого расслоения тканей через отверстие в задней стенке влагалища может возникнуть кровотечение. Не исключено проникновение в околопрямокишечное пространство. Это происходит, когда палец хирурга продвигается чрезмерно кпереди, вместо того чтобы двигаться кзади, к крестцу, стремясь пропальпировать седалищную ость. Если при расслоении тканей будет задета перегородка, то из поврежденных ветвей подчревной вены начнется сильное кровотечение и кровь будет изливаться наружу через влагалище.

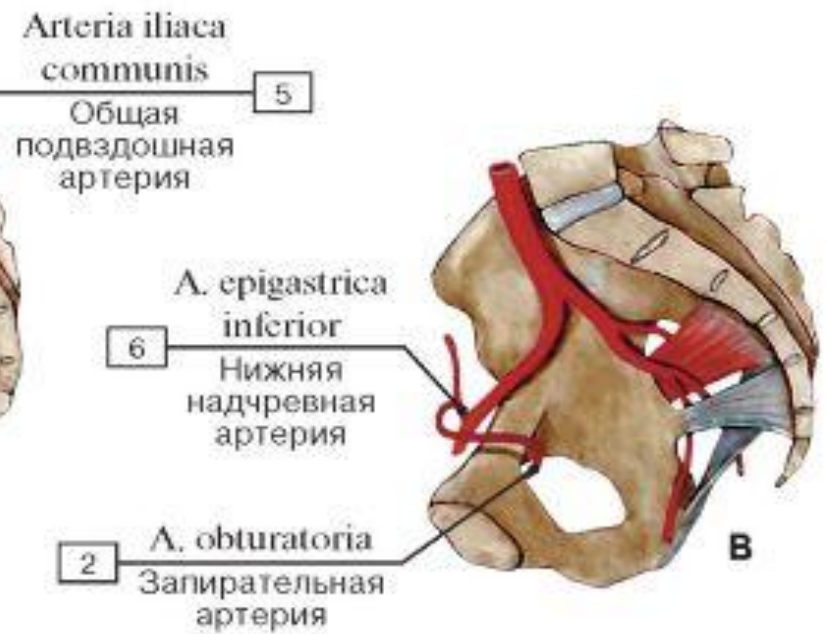
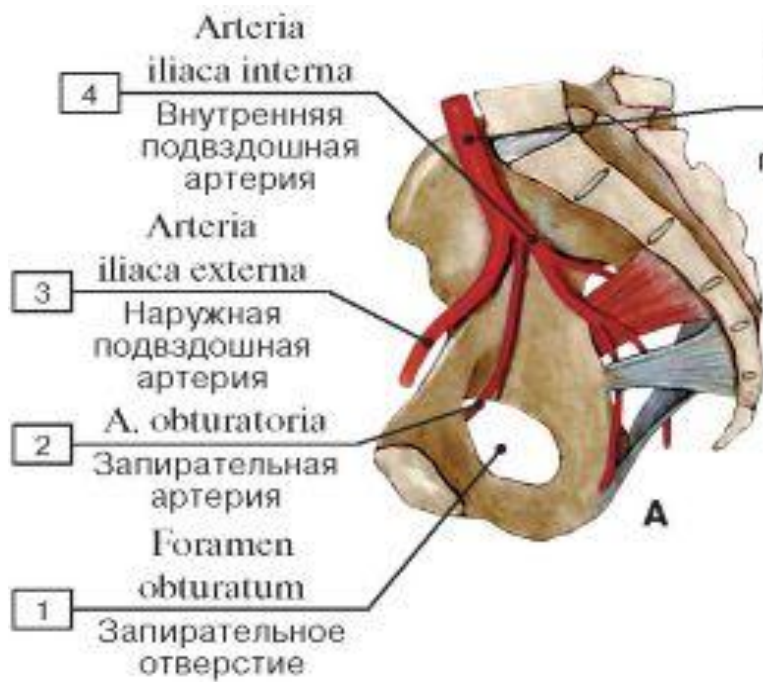




Как правило, в этой ситуации невозможно выделить, взять на зажимы и лигировать отдельные кровотокающие венозные ветви.

Для остановки кровотечения следует немедленно затампонировать околопрямокишечное пространство напротив кровотокающих сосудов. После остановки кровотечения эти тампоны следует осторожно сместить вниз и в сторону. При помощи длинного торакального зажима можно попытаться захватить зажимами по отдельности поврежденные ветви венозного сплетения, хотя сделать это трудно. Поэтому лучше лигировать кровотокающее сплетение путем прошивания отдельных его участков тонкой синтетической рассасывающейся нитью. После того как каждый поврежденный участок сплетения будет прошит, тампоны можно сместить еще дальше вниз и в сторону и повторить прошивание-лигирование нового открывшегося участка перегородки. Эти манипуляции связаны с определенным риском в отношении мочеоточника. Поэтому пациентке внутривенно вводят содержимое 1 ампулы индигокармина и цистоскопически контролируют появление из мочеоточника на стороне повреждения окрашенной мочи. Если по истечении 10 минут этого не происходит, следует катетеризировать этот мочеоточник. В случае, когда кровотечение остановлено, но мочеоточник оказывается перевязанным, у хирурга есть два варианта действий: 1) поочередно распускать швы, пока один из них не освободит мочеоточник и катетер не пройдет дальше вверх; 2) вскрыть брюшную полость, проследить ход мочеоточника сверху и удалить мешающий шов. Поврежденные вены повторно лигируют под контролем зрения после вскрытия околопрямокишечного и околопузырного пространств.





ГЕМОСТАЗ В ПРЕДКРЕСТЦОВОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Кровотечение из сосудов предкрестцового пространства, особенно ветвей срединной крестцовой артерии, может быть обильным и трудно поддающимся остановке. Это особенно справедливо, когда ветви поврежденных сосудов, сокращаясь, втягиваются в отверстия крестцовой кости. Хирург может впасть в отчаяние от безуспешных попыток остановить кровотечение путем электрокоагуляции, наложения швов, захвата зажимами и лигирования.

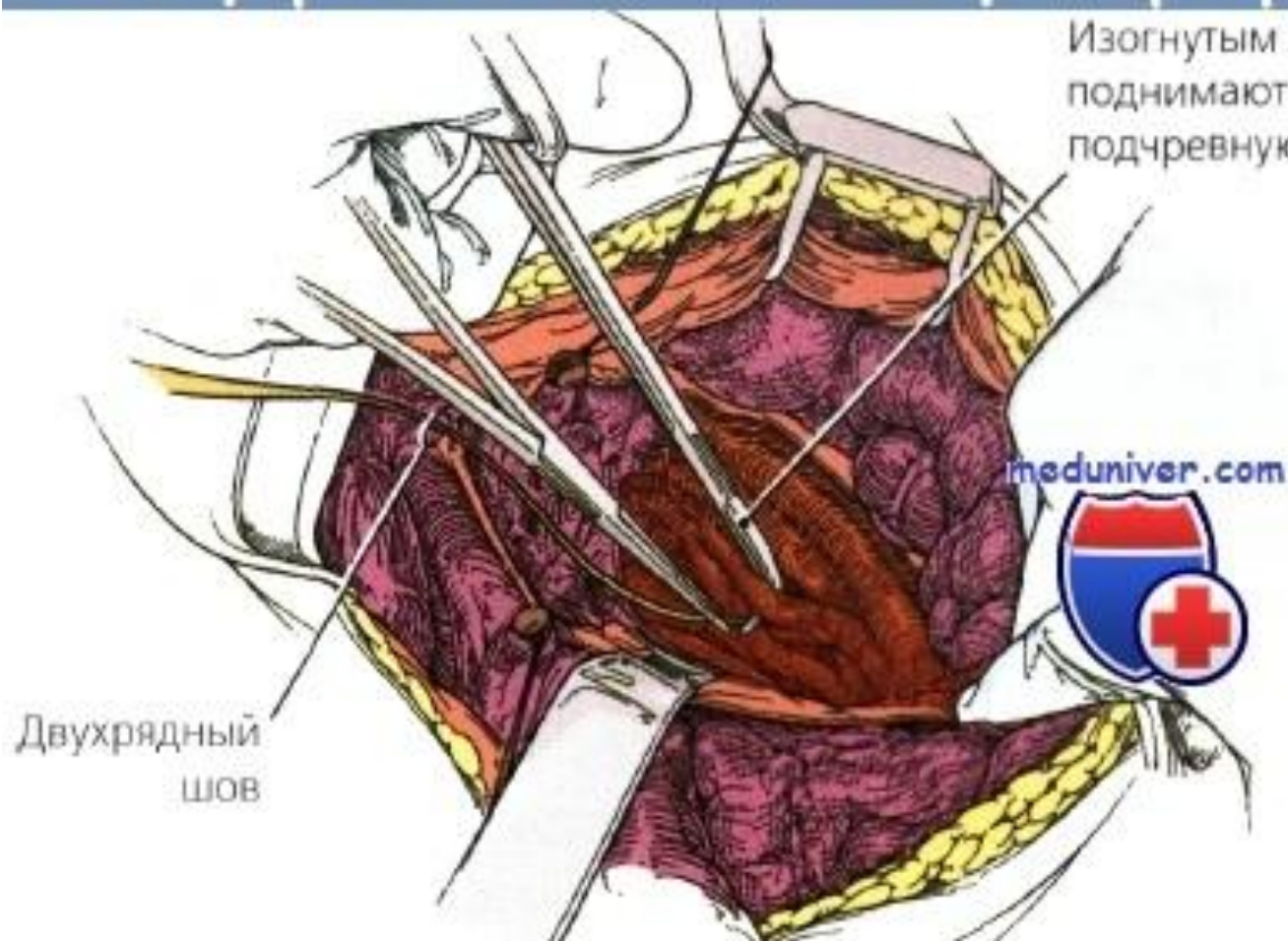
МЕТОДИКА:

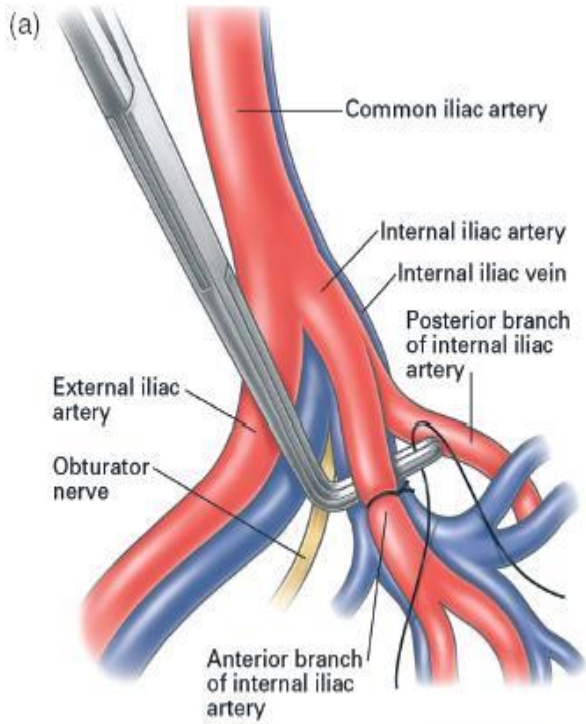
1. Изображена крестцовая кость с артериями и венами надкостницы.
2. Поврежденные артерию и вену прижимают пальцем. Для остановки кровотечения можно попробовать использовать консервативные методы, такие, как прижигание и прошивание, но обычно они неэффективны.
3. Можно использовать обычную канцелярскую кнопку, захватив ее прямым зажимом и поместив в область поврежденного участка сосуда. Кнопка прокалывает сосуд насквозь, внедряется в кость и там остается.
4. Кнопку осторожно вдавливают в кость большим пальцем, пережимая тем самым поврежденную артерию.



Наложение лигатуры на внутреннюю подвздошную артерию

Изогнутым зажимом поднимают правую подчревную артерию





© Copyright B-Lynch '05

