

ОБ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПАХ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАСШИРИТЕЛЯ-ПОДЪЕМНИКА РЕБЕРНЫХ ДУГ¹

Доц. М. З. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Многочисленные работы об оперативных доступах к органам брюшной полости касаются преимущественно линий разрезов стенки живота, возможностям же инструментальной коррекции доступа уделено недостаточно внимания.

Из лапаротомных вмешательств наибольшие трудности возникают при операциях на органах поддиафрагмальной области (печени, селезенке, проксимальном отделе желудка, нижней части пищевода, диафрагме).

Применяющиеся ранорасширители имеют существенный недостаток — линией опоры обоих крючков являются края раны, что определяет сопряженное, зависимое раздвижение. Величина и форма поля доступа, его расположение определяются разрезом стенки и сопротивлением раздвигаемых тканей. При срединных доступах отверстие в брюшной стенке симметрично.

Для преодоления стесненных условий доступа нами использован новый принцип аппаратной коррекции. При этом мы исходили из необходимости изменения формы, расположения и величины поля доступа при равных разрезах брюшной стенки. Для осуществления этой задачи мы сочли необходимым вынести крепление отводящего (раздвигающего) механизма за пределы раневого поля, фиксацию его к операционному столу.

Эта идея воплощена в расширителе-подъемнике реберных дуг. В окончательном виде расширитель-подъемник (РСК-10) состоит из стойки, крепящейся к операционному столу, поворотнотренирующего устройства, винта с гайкой, крючка, свободно висящего на шаровидной поверхности винта. Поворотнотренирующее устройство надевается на стойку. Изменение высоты и положения РСК-10 вдоль операционного стола осуществляется смещением стойки в винтовом зажиме стола и их перемещением по планке операционного стола. Устройство расширителя позволяет осуществлять смещение краев раны в различных направлениях и фиксировать их в избранном положении. Обычно мы применяем один комплект, состоящий из двух половин, в ряде случаев — 3 или 4 крючка.

В течение 3 лет мы систематически пользуемся РСК-10. В последнее время он применяется и в других хирургических клиниках города Казани.

Практика использования РСК-10 показала, что принцип, положенный в его основу, имеет общее значение в создании доступа, а сам расширитель может быть применен для различных операций в брюшной полости.

Для улучшения доступа к органам, расположенным в поддиафрагмальной области, предложено множество разрезов стенки живота, а также рассечение хрящей, резекция реберной дуги, расщепление грудины. В последнее время Б. А. Петров и И. В. Данилов (1960) при резекции кардии абдоминальным путем, по примеру американских хирургов (клиника Вангенстина), рекомендуют дополнять верхнемедиальный разрез рассечением грудины в нижней половине. Несмотря на все положительные стороны доступа М. А. Топчибаева (1959), он также связан с необходимостью рассечения реберной дуги.

Первоначально расширитель-подъемник реберных дуг предназначался для операций на органах поддиафрагмальной области и, прежде всего, для тотальной гастрэктомии и резекции нижнего отдела пищевода.

Применение РСК-10 показало, что использование естественных биомеханических условий дает возможность обеспечить совершенно свободный доступ при операциях на печени, селезенке, кардии и нижней части пищевода без дополнительного повреждения костно-хрящевого ограждения поддиафрагмальной области. Уже в естественных условиях (при вдохе) реберные дуги значительно смещаются в проксимальном направлении. Возможность этого сдвига определяется суставным креплением ребер в задних отделах. Кроме того, ребра и хрящи обладают значительной эластичностью.

¹ Аппарат сконструирован М. З. Сигалом и К. В. Кабановым (Авторское свидетельство № 124583 с приоритетом от 21 января 1959 г.). Комитетом по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР предлагаемый расширитель рекомендован Министерству здравоохранения СССР для организации его производства (решение от 27/VII 1959 г.).

Применяя РСК-10, мы из верхнего срединного или косых разрезов выполняли различные вмешательства на органах поддиафрагмальной области.

Расширитель использован при тотальных гастрэктомиях, при гастрэктомиях с резекцией нижнего отдела пищевода лапаротомным доступом в сочетании с сагитальной диафрагмотомией и круротомией по А. Г. Савиных, спленопанкреатогастрэктомиях, спленэктомиях, операциях эхинококкэктомии, эхинококкотомии, субтотальных резекциях желудка.

РСК-10 дает возможность произвести на глаз все этапы спленэктомии, независимо от величины селезенки, положения ее ножки, наличия спаек. Точно так же легко обнажаются купол и боковая поверхность печени. Применение расширителя создает возможность избежать двуполостных доступов при операциях на селезенке и печени.

За 3 года в клинике хирургии и онкологии выполнено 68 тотальных гастрэктомий (простых, комбинированных и вместе с нижним отделом пищевода). Эта операция, как известно, включает работу в левом подреберье (перевязка коротких артерий желудка), в правом подреберье (обработка культи duodeni), в эпигастральной области и под куполом диафрагмы (наложение пищеводно-кишечного соустья). С помощью РСК-10 левая реберная дуга смещается к головному концу и латерально, правый край раны сдвигают на уровне duodenum кнаружи. Окно доступа располагается косо. Так обнажают все необходимые районы операционного поля (рис. 1). Дополнительный поворот операционного стола к оператору создает доступ, не отличающийся от условий при обычных резекциях желудка.

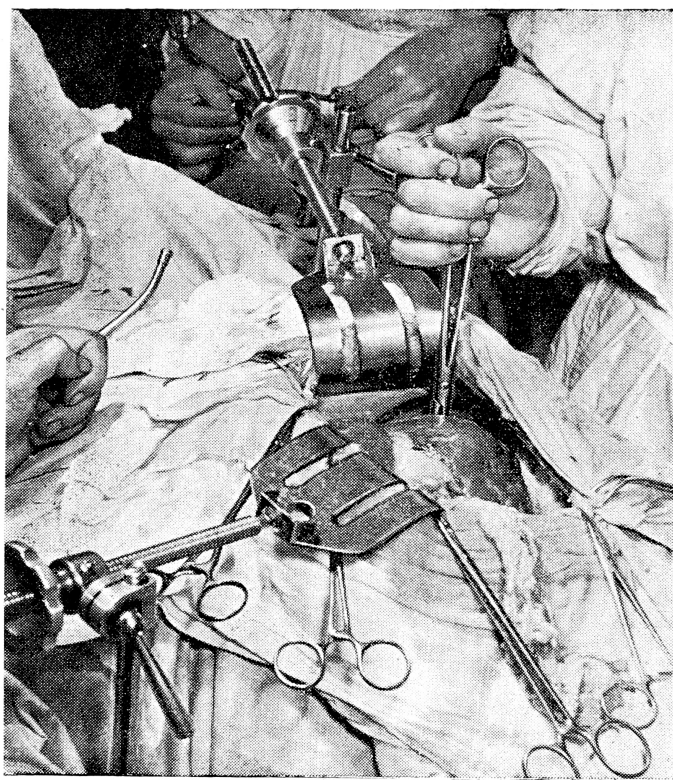


Рис. 1.

РСК-10 оказался удобным при операциях на толстом кишечнике. Гемиколэктомия включает этапы операции в различных областях: в подвздошной и мезогастральной. Соответствующим расположением стоек расширителя при срединных разрезах с одинаковой свободой действий выполняют мобилизацию слепой, восходящей кишок, печеночного угла и поперечно-ободочной кишки с последующим ушиванием брюшины задней стенки живота и накладывают соустье между тощей и поперечно-ободочной кишкой.

Благодаря широкому разведению и подъему краев раны при нижнем медиальном разрезе значительно улучшаются условия оперирования на органах малого таза (операции радикальной экстирпации матки, прямой кишки). Нам удалось выполнить чрезбрюшинную экстирпацию прямой кишки без дополнительного промежностного этапа операции.

При использовании РСК-10 следует руководствоваться тем, что оптимальный доступ создается, когда проекция объекта операционных действий ограничивается пределами окна доступа. Органы, расположенные вне его, менее доступны для манипуляций. Качество доступа ухудшается по мере удаления органа от указанной плоскости.

Доступ при каждой операции не может рассматриваться статически. Ряд условий может потребовать его изменений по ходу самой операции. Обычно это осуществляется нанесением дополнительных разрезов. Расширитель же дает возможность в подавляющем большинстве случаев сместить окно доступа в соответствии с новыми, по сравнению с предполагавшимися, условиями операции.

Опыт работы с РСК-10 показал, что он представляет возможность значительного изменения формы, величины и расположения окна доступа при обычно применяемых разрезах.

Изменение доступа может осуществляться косвенно. Так, удлинение разреза книзу способствует смещению с помощью РСК-10 всего «окна» к головному концу при верхней срединной лапаротомии.

Расширителем можно осуществлять коррекцию доступа во время операции, применительно к требованиям отдельных ее этапов.

Оказалось, что реберно-хрящевое заграждение поддиафрагмальной области при использовании РСК-10 не служит препятствием для операций на органах, здесь расположенных. С введением в практику описываемого расширителя в клинике ни разу не пришлось прибегнуть к рассечению хрящей, ребер, дополнительным разрезам брюшной стенки. Расширитель дает возможность шире использовать более щадящую методику операций при раковых поражениях нижнего отдела пищевода по А. Г. Савиных.

Применение указанного устройства обнаружило значительную растяжимость брюшной стенки, ее смещаемость, а также пластичность реберно-хрящевых дуг.

Следует, далее, указать, что растяжение при применении расширителя сравнительно щадящее. РСК-10 не нарушает дыхательных экскурсий, так как его поворотфиксирующее устройство свободно смещается при вдохе и выдохе. Отведение стенок осуществляется постепенно — благодаря винтовому механизму. Большая площадь соприкосновения крючка с краями раны создает сравнительно малое удельное давление.

Никаких осложнений в послеоперационном периоде мы не встретили.

Личные наблюдения, а также многочисленные отзывы, полученные нами, дают основание рекомендовать расширитель-подъемник для операций в брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Б. А. и Данилов И. В. Эксперим. хир., 1960, 1. — 2. Сигал М. З. и Кабанов К. В. Бюлл. изобрет., 1959, 23. — 3. Созон-Ярошевич А. Ю. Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам. 1954. — 4. Топчибашев М. А. Хирургия, 1952, 2. — 5. Rosenberg S. A., Sampson A. A. Archives of Surgery, 1955, 71, 4. — 6. Spelling E. Zentralblatt für Chirurgie, 1957, 6. — 7. Spivack I. The Surgical Technic of Abdominal Operations. Chicago, 1937.

Поступила 24 февраля 1961 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Вопросы кардиологии и ревматизма, труды факультетской терапевтической клиники, Свердловск, 1959

Сборник подводит итог 25-летней плодотворной деятельности кафедры факультетской терапии и одновременно посвящен 70-летию ее руководителя — проф. Б. П. Кушелевского (первая статья сборника). Вторая статья характеризует основные направления научной работы факультетской терапевтической клиники за 25 лет, 17 статей посвящены актуальным вопросам кардиологии и 8 — вопросам ревматизма.

В работе проф. З. В. Горбуновой на основании двадцатилетнего опыта автора предполагаются опорные пункты для распознавания врожденных пороков сердца, диагностика которых встречает значительные трудности. Между тем, правильное распознавание точного характера пороков на современном этапе наших хирургических возможностей во многих случаях дает основание для избавления больных от недугов и возвращает их в трудовой строй. Значительное число наблюдений (100 больных) делает это сообщение особенно интересным. Приводимые ею опорные пункты для диагностики и показания к хирургическому вмешательству обоснованы. Использованы и результаты изучения ЭКГ, гемодинамических и обменных нарушений у этих боль-