

В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фраучи

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

Под редакцией акад. РАМН Ю.М. Лопухина

Том 2

3-е издание, исправленное

Учебник



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2014

ЛАПАРОТОМИЯ

Лапаротомия (чревосечение) — способ хирургического доступа путём вскрытия брюшной полости. Основная цель — создать свободный доступ к органам брюшной полости. При лапаротомии в интересах сохранения анатомической целостности стенки живота рекомендуют соблюдать следующие требования:

- место вскрытия брюшной полости должно соответствовать проекции органа на кожу брюшной стенки и представлять наиболее краткий путь к нему;
- величина разреза должна давать возможность свободного оперирования;
- разрез должен обеспечить получение прочного послеоперационного рубца, не повреждать ветви междрёберных нервов к мышцам живота.

Для выполнения этих требований необходимо соблюдать следующие условия:

- в брюшную полость лучше проникать через мышцу (после операции образуется более крепкий рубец), а не через апоневроз;
- мышцы живота нужно рассекать продольно вдоль хода их волокон (исключение: прямую мышцу живота можно пересекать и поперечно);
- не пересекать нервные волокна;
- разрез передней брюшной стенки должен проводиться в разных направлениях для каждого слоя, в результате чего линия швов рассечённого нижележащего слоя покрывается неповреждённой частью слоя, лежащего выше (этого достигают путём нанесения переменного разреза, когда слои мышц пересекаются вдоль мышечных волокон, или ступенчатого разреза, когда рассечения идут параллельно друг другу на 1–2 см в сторону по отношению к предыдущему рассечённому слою).

Виды разрезов передней брюшной стенки:

- Продольный.
- Косой.
- Угловой.
- Поперечный.
- Переменный.
- Комбинированный.

ПРОДОЛЬНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

Виды продольной лапаротомии (рис. 12-1):

- срединная;
- трансректальная;
- параректальная.

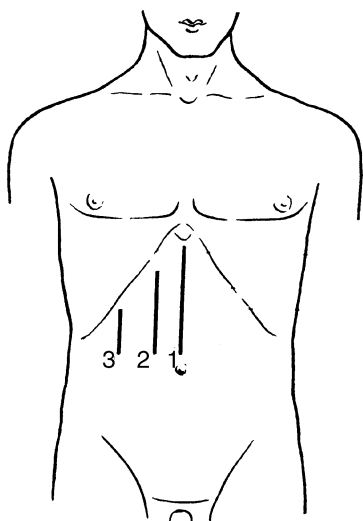


Рис. 12-1. Продольные лапаротомии. 1 — верхняя срединная, 2 — трансректальная (Лоусона), 3 — параректальная (Спасокукоцкого–Лахей). (Из: Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. Атлас операций на печени. — М., 1975.)

СРЕДИННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

При этом разрезе брюшную полость широко вскрывают по всей её длине от мечевидного отростка до симфиза. При проведении срединной лапаротомии пересекают общую связку косых мышц живота. Данный вид лапаротомии даёт доступ почти ко всем органам брюшной полости и поэтому выгоден при неотложных операциях. Во избежание повреждения круглой связки печени срединный разрез проводят по белой линии живота с окаймлением пупка слева.

Различают:

- верхнюю срединную лапаротомию;
- центральную срединную лапаротомию;
- нижнюю срединную лапаротомию;
- тотальную срединную лапаротомию.

Верхняя срединная лапаротомия

Обеспечивает доступ к органам верхнего этажа брюшной полости (рис. 12-2).

Техника. На протяжении от мечевидного отростка до пупка послойно рассекают кожу, под-

кожную клетчатку, белую линию живота, поперечную фасцию и предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшиной. К данному доступу прибегают в случае неясного диагноза. После вскрытия брюшной полости разрез при необходимости может быть продлен кверху и книзу. Обычно проводят небольшой разрез длиной 8–10 см, одна половина которого находится выше, а другая — ниже пупка, при этом пупок обходят слева. Доступ позволяет через сравнительно небольшое отверстие осмотреть верхний и нижний этажи брюшной полости.

Центральная срединная лапаротомия

Техника. Обычно проводят небольшой разрез длиной 8–10 см, одна половина которого находится выше, а другая — ниже пупка, при этом пупок обходят слева. Доступ позволяет через сравнительно небольшое отверстие осмотреть верхний и нижний этажи брюшной полости. При необходимости доступ может быть расширен вверх к основанию мечевидного отростка и вниз с обходом пупка слева с последующим рассечением париетальной брюшины.

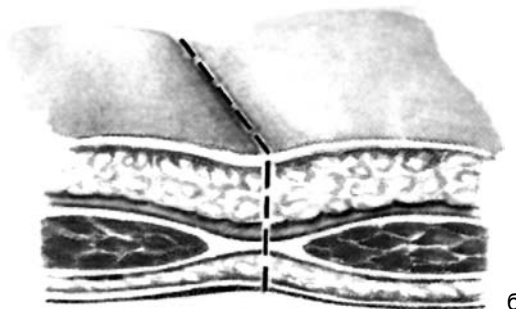
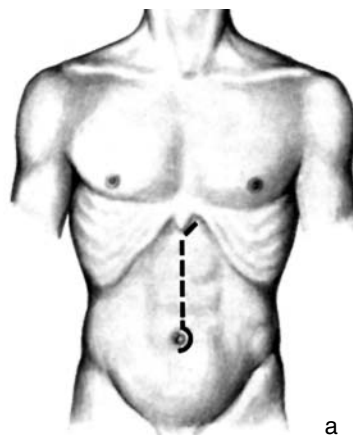


Рис. 12-2. Верхняя срединная лапаротомия. а — доступ при верхней срединной лапаротомии, б — линия разреза. (Из: Клиническая хирургия / Под ред. Ю.М. Панцырева. — М., 1988.)

Нижняя срединная лапаротомия

Доступ используют для подхода к органам нижнего этажа брюшной полости и малого таза.

Техника. Проводят продольный разрез по белой линии живота от пупка до лонного сочленения. В этом месте белая линия живота очень тонкая, в силу чего не может быть рассечена на две половины, поэтому брюшную стенку рассекают вдоль переднего листка влагалища прямой мышцы живота на расстоянии 1–2 мм справа от средней линии (рис. 12-3, а, 1). Затем прямую мышцу живота отодвигают латерально, брюшную полость вскрывают продольно, рассекая поперечную фасцию и париетальную брюшину. Перед закрытием брюшной полости передний листок влагалища прямой мышцы живота продольно рассекают также и слева от средней линии (рис. 12-3, а, 2). Брюшную полость ушивают непрерывными швами, захватывая поперечную фасцию и париетальную брюшину, что позволяет сблизить оба брюшка прямой мышцы живота, после чего сшивают края переднего листка влагалища прямой мышцы живота и кожу (рис. 12-3, б).

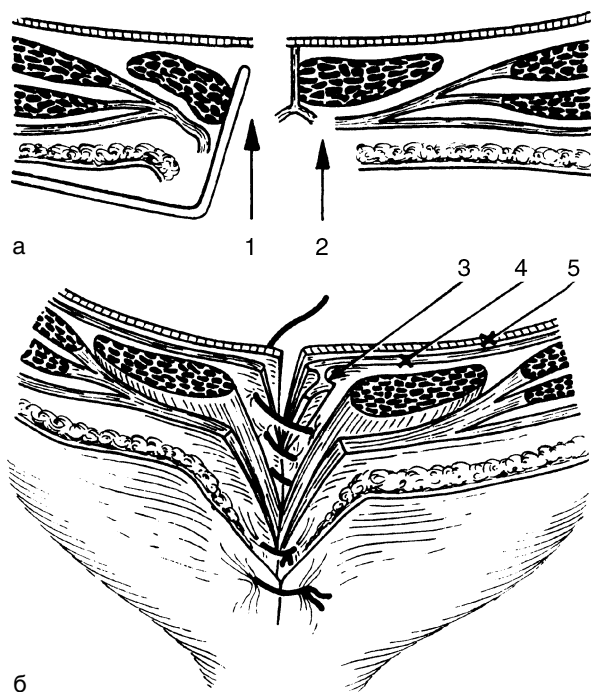


Рис. 12-3. Нижняя срединная лапаротомия. а: 1 — рассекают передний листок влагалища прямой мышцы справа от белой линии живота, 2 — перед ушиванием раны передний листок влагалища прямой мышцы живота рассекают также и слева от белой линии; б: 3 — белая линия живота, 4 — поперечная фасция, 5 — париетальная брюшина. (Из: Литтманн И. Брюшная хирургия. — Будапешт, 1970.)

ПАРАМЕДИАЛЬНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ ПО ЛЕНАНДЕРУ

Левый парамедиальный разрез обеспечивает хороший доступ к желудку и поддиафрагмальному пространству, а также надежное ушивание брюшной стенки, что особенно важно у истощенных больных.

Техника (рис. 12-4, а). Продольным разрезом длиной 10–12 см по внутреннему краю прямой мышцы живота рассекают кожу, подкожную клетчатку и передний листок влагалища прямой мышцы живота. Прямую мышцу живота отодвигают кнаружи. Затем вскрывают задний листок влагалища прямой мышцы живота, поперечную фасцию и брюшину. Иннервация прямой мышцы живота таким образом не нарушается.

При закрытии операционной раны сшивают вместе задний листок влагалища прямой мышцы живота, поперечную фасцию и брюшину. Затем прямую мышцу возвращают в своё ложе, где она, подобно эластичной подушке, прикрывает нижележащие швы. Сшивают передний листок влагалища мышцы. Узловые швы накладывают таким образом: иглой прокалывают кожу на расстоянии около 2 см от

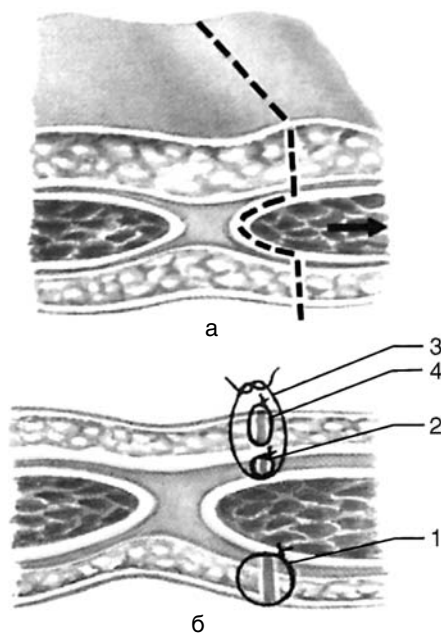


Рис. 12-4. Левосторонняя парамедиальная лапаротомия и ушивание разреза. а — пунктиром показана линия разреза; б: 1 — шов на брюшине и заднем листке влагалища прямой мышцы живота, 2 — шов на переднем листке влагалища, 3 — удерживающий шов, 4 — кожный шов. (Из: Клиническая хирургия / Под ред. Ю.М. Панцырева. — М., 1988.)

края раны и проводят её через подкожную клетчатку и передний листок влагалища прямой мышцы. Точно так же в соответствующем месте прошивают противоположную сторону. Швы накладывают на расстоянии 3–4 см один от другого (рис. 12-4, б).

Преимущества. После данной лапаротомии рубец получается более прочным, чем при срединном разрезе.

Недостатки. Ограниченный доступ к органам брюшной полости.

ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

Применяют для доступа к желудку при гастростомии или для наложения калового свища на поперечную ободочную кишку.

Техника. Продольным разрезом рассекают кожу и передний листок влагалища прямой мышцы живота строго посередине, затем тупо раздвигают волокна мышцы и вместе рассекают задний листок влагалища прямой мышцы, поперечную фасцию и париетальную брюшину. Разрез, как правило, проводят от рёберной дуги до уровня пупка, при желании он может быть продлён. Принципиально такой разрез мало отличается от параректальной лапаротомии, хотя ещё более ограничивает доступ к органам. При закрытии операционного разреза сшивают вместе задний листок влагалища прямой мышцы живота с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. Раздвинутые волокна мышцы не сшивают, сшивают передний листок влагалища прямой мышцы живота и кожу (рис. 12-5).

Преимущества. Доступ удобен при наложении искусственных свищей, так как позволяет создать мышечный жом.

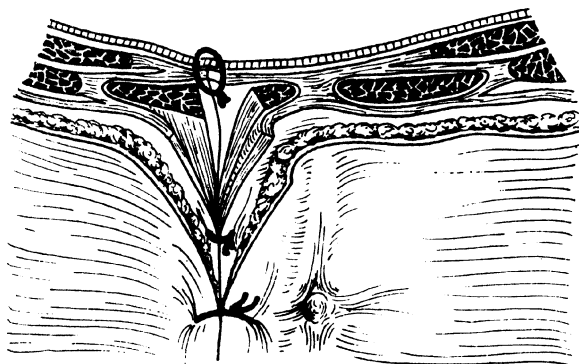


Рис. 12-5. Трансректальная лапаротомия и ушивание разреза. (Из: Литтманн И. Брюшная хирургия. — Будапешт, 1970.)

Недостатки. Ограниченный доступ к органам брюшной полости.

Параректальная лапаротомия

Правый параректальный разрез может быть использован при аппендэктомии.

Техника. Вертикальным разрезом от рёберной дуги до уровня пупка по наружному краю прямой мышцы живота рассекают переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, после этого оттягивают кнутри край мышцы, рассекают заднюю стенку влагалища и париетальную брюшину. Операционный разрез ушивают так же, как и при парамедиальном доступе. При этом сначала накладывают швы на брюшину и апоневроз задней стенки влагалища прямой мышцы, затем укладывают прямую мышцу живота на место и ушивают переднюю стенку влагалища (рис. 12-6).

Преимущества. Доступ привлекает своей анатомичностью.

Недостатки. Можно повредить расположенные на задней стенке влагалища ветви межрёберных нервов; ограниченный доступ к органам брюшной полости.

Лапаротомия по полулунной линии

Применяют при грыжах полулунной линии.

Техника. Разрез проводят от рёберной дуги до уровня пупка. При этом рассекают место

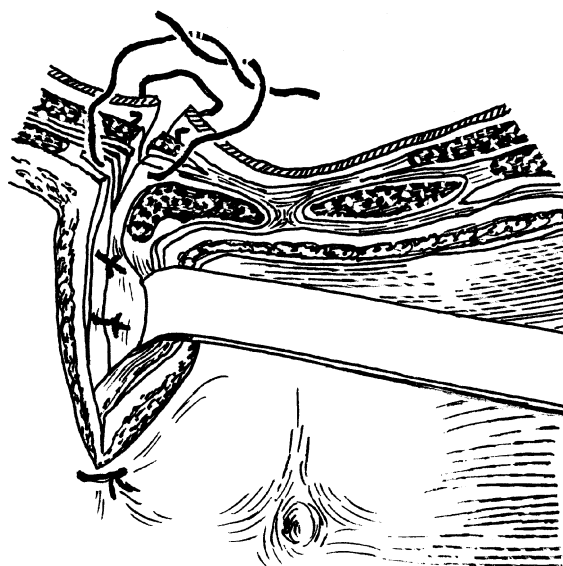


Рис. 12-6. Параректальная лапаротомия и ушивание разреза. (Из: Литтманн И. Брюшная хирургия. — Будапешт, 1970.)