

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОСТУПА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

А.И. Грицаенко, А.Х. Мустафин, Р.Р. Иштуков, В.В. Погадаев

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Грицаенко Андрей Иванович, врач-хирург, зав. операционным отделением, доцент кафедры общей хирургии, канд. мед. наук,

Мустафин Айрат Харисович, д-р мед. наук, профессор кафедры общей хирургии БГМУ,

Иштуков Роберт Ризович, клинический ординатор кафедры общей хирургии,

Погадаев Вадим Валерьевич, студент группы БГМУ, 450005, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа,

ул. Достоевского, д. 132,

тел. 8 (347) 272-75-90,

e-mail: oper.ai@mail.ru

При выполнении оперативных вмешательств на правой доле печени мы использовали Т-образный доступ, который позволяет произвести полноценную ревизию органов гепатодуоденальной зоны и выполнить оперативное вмешательство (рац. предл. № 2675 от 24.10.03). Следует отметить, что после пересечения связок печени и при использовании ранорасширителя - подъемника реберных дуг Сигала – открывается оптимальный простор, и значительно увеличивается хирургическое поле действия. Данный доступ применен нами у 12 (24%) оперируемых больных. В сочетании с ретракторами реберных дуг разработанный нами доступ позволяет отказаться от предложенных ранее торакоабдоминальных доступов.

Ключевые слова: хирургический доступ, резекция, печень, внутрипортальная инфузия.

OPTIMIZATION OF ACCESS IN RESECTION OF THE RIGHT LOBE OF LIVER

A.I. Gritsaenko, A.Kh. Mustafin, R.R. Ishtukov, V.V. Pogadaev

Bashkir State Medical University, Chair of the General Surgery
G.G. Kuvatov Clinical Hospital, Ufa

While performing surgery on the right part of the liver, we used a T-shaped approach that allowed to make complete revision of the hepatoduodenal organs and to perform a surgical intervention (rational proposal № 2675 of 24.10.03). It is to be noted that after the intersection of the liver ligaments and use of a retractor – the Seagal elevator of costal arches, direct visualization is exposed and the scope of surgery is widened. We applied this approach in 12 (24%) patients operated on. In conjunction with costal arches retractors our technique makes it possible to refuse thoracoabdominal approaches offered earlier.

The key words: surgical approach, resection, liver, intraportal infusion.

Введение

Понятие "хирургический доступ" шире, чем слово "разрез", фигурирующее обычно в протоколах операций. Под хирургическим доступом следует понимать не только место, форму, размер, способ и характер послойного разделения тканей при подходе к непосредственному объекту операции, но и обеспечение правильного положения больного на операционном столе, а также адекватное раскрытие раны соответствующими инструментами [2]. Каж-

дый опытный хирург знает, что правильно выбранный и обеспеченный хирургический доступ к оперируемому органу во многом решает успех операции, а время, потраченное на выполнение доступа, полностью будет компенсировано за счет сокращения времени, которое пойдет на выполнение основного этапа операции [4]. Для операций на печени предложено около 70 доступов. По Б.В. Петровскому и Е.А. Почечуеву, их можно разделить на 5 групп: 1) косопоперечные (по краю реберной дуги); 2) про-

дольные; 3) косо-продольные; 4) поперечные; 5) расширенные и комбинированные разрезы. В хирургии печени наиболее популярными являются доступы Кохера, Федорова, Рио-Бранко. Однако, даже зная множество доступов, нужно уметь выбрать наиболее подходящий для данного больного при определенных обстоятельствах [7].

Цель исследования

Выбрать рациональный доступ при операциях на печени.

Материалы и методы

В исследование включены 50 пациентов с объемными образованиями правой доли печени [3], оперированных различными доступами в условиях Республиканского центра хирургической гепатологии на базе ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Применялись следующие доступы: верхне-срединный доступ, подреберный доступ С.П. Федорова, двухподреберный доступ и предложенный нами Т-образный доступ. Данный доступ применен у 12 (24%) оперированных больных. В сочетании с ретракторами реберных дуг разработанный нами доступ позволяет отказаться от предложенных ранее торакоабдоминальных доступов. Кроме данного способа, нами применялись верхне-срединный доступ - в 25 (50%) случаях, подреберный доступ С.П. Федорова - в 10 (20%) случаях, двухподреберный доступ типа «мерседес» - в 3 (6%) случаях. При выполнении оперативных вмешательств на правой доле печени мы использовали Т-образный доступ, который позволяет произвести полноценную ревизию органов гепатодуоденальной зоны и выполнить оперативное вмешательство (рац.предл. № 2675 от 24.10.03). Доступ начинается со срединной лапаротомии. После уточнения объема операции к верхней срединной лапаротомии добавляется поперечный разрез передней брюшной стенки вправо на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком (рис. 1).

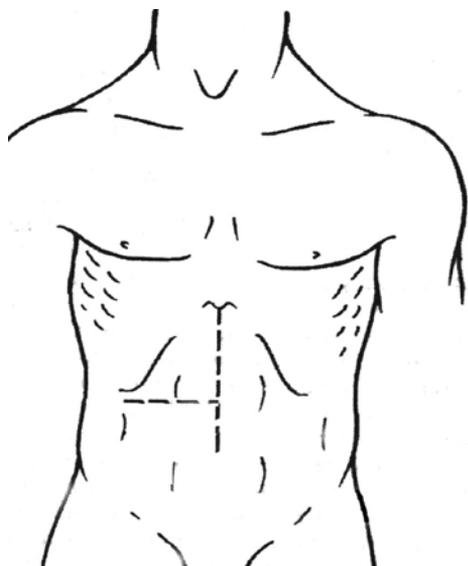


Рис. 1. Доступ при правосторонней резекции печени

Лоскуты брюшной стенки отводятся вверх и вниз, после чего открывается обзор всей печени, свободный доступ к глиссоновым воротам и зоне нижней полой вены. При этом сохраняется круглая связка печени. После завершения основного этапа операции из круглой связки печени выделяется пупочная вена, затем вскрывается ее просвет, при помощи пуговчатого зонда реканализируется до впадения в воротную вену [5]. Через разбужировавшую пупочную вену катетеризируется воротная вена подключичным катетером диаметром 1,4 мм, что позволяет проводить внутриворотальную инфузию лекарственных препаратов, обладающих гепатопротекторным и дезагрегационным действиями (гепатотропные препараты, ангиопротекторы, дезагреганты) и способствующих улучшению реологических свойств воротной крови [6]. Результаты применения портопеченочной перфузии свидетельствуют о нормализации функциональных проб в более короткие сроки. Указанный эффект обусловлен непосредственным действием лекарственных препаратов на портальный кровоток, что сопровождается улучшением микроциркуляции и усилением регенераторных процессов в печени. Следует отметить, что после пересечения связок печени и при использовании ранорасширителя - подъемника реберных дуг Сигала - открывается оптимальный простор, и значительно увеличивается хирургическое поле действия. Данный доступ применен нами у 12 (24%) оперируемых больных. В сочетании с ретракторами реберных дуг разработанный нами доступ позволяет отказаться от предложенных ранее торакоабдоминальных доступов. Кроме данного способа, нами применялись верхне-срединный доступ - в 25 (50%) случаях, подреберный доступ С.П. Федорова - в 10 (20%) случаях, двухподреберный доступ типа «мерседес» - в 3 (6%) случаях (рис. 2).

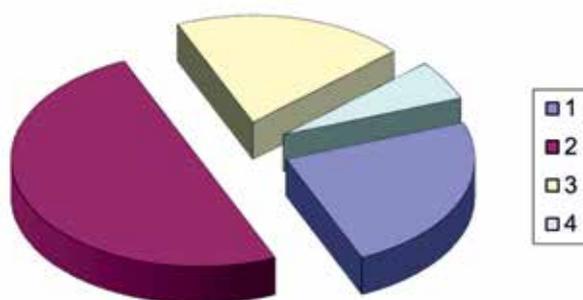


Рис. 2. Доступы при хирургическом лечении объемных образований печени: Т-образный (1), верхне-срединный (2), подреберный (3), двухподреберный (4)

При выборе варианта доступа при резекциях правой доли печени учитывались критерии, объективно оценивающие операционный доступ, разработанные А.Ю. Созон-Ярошевичем [8]. При проведении операционных вмешательств нами проведен анализ угла наклона оси операционного действия по

отношению к вектору хирургического воздействия. При правосторонней резекции печени угол наклона оси операционного действия при использовании Т-образного доступа составляет в среднем $60-85^{\circ}$, верхне-срединного доступа – $35-55^{\circ}$, подреберного доступа С.П. Федорова – $45-70^{\circ}$, двухподреберного доступа – $40-70^{\circ}$, типа «мерседес» – $55-75^{\circ}$ (рис. 3).

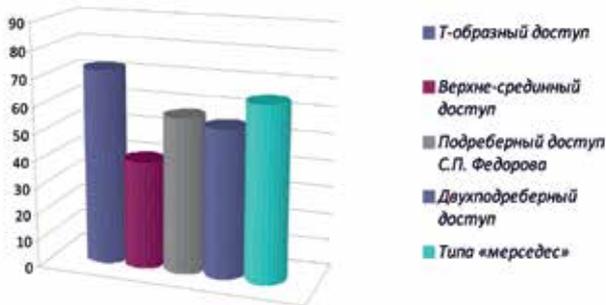


Рис. 3. Угол наклона оси операционного действия

Исследуя угол операционного действия, мы выяснили, что при использовании Т-образного доступа данная величина составляет в среднем $60-80^{\circ}$, верхне-срединного доступа – $35-50^{\circ}$, подреберного доступа С.П. Федорова – $45-65^{\circ}$, двухподреберного доступа – $50-65^{\circ}$, типа «мерседес» – $45-70^{\circ}$ (рис. 4).

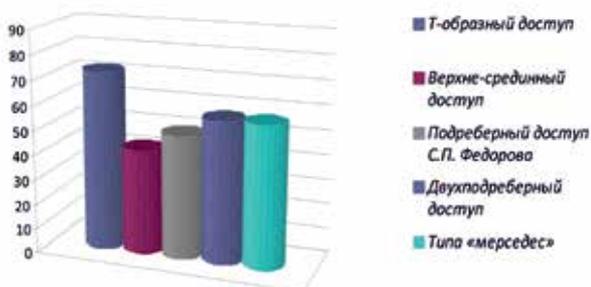


Рис. 4. Угол операционного действия

Результаты и обсуждение

К настоящему времени предложено около 70 доступов к печени, однако, учитывая то, что цели оперативного вмешательства, локализация очага и объем операции могут быть различными, предложения по совершенствованию их продолжают до настоящего времени. Мы разделяем мнение тех хирургов, которые считают, что различные абдоминальные доступы к правой доле печени с резекцией реберной дуги травматичны, длительны по исполнению и не создают требуемых условий для вмешательства. Особенно важен рациональный доступ при проведении обширных операций на печени, который давал бы свободный доступ к глиссоновым и кавальным воротам печени. Нужно отметить, что в нашем исследовании, независимо от вида доступа, осложнений со стороны послеоперационных ран

не отмечено. Все послеоперационные раны зажили первичным натяжением, кожные швы были сняты на 10 сутки. Принимая во внимание анализ критериев, объективно оценивающих операционный доступ, разработанный А.Ю. Созон-Ярошевичем, предложенный нами способ является наименее травматичным и максимально доступным к объекту вмешательства, так как угол наклона оси операционного действия и угол операционного действия при использовании Т-образного доступа составляет в среднем $60-85^{\circ}$. В сочетании с ретракторами реберных дуг разработанный нами доступ позволяет отказаться от предложенных ранее торакоабдоминальных доступов.

Выводы

1. При выборе операционного доступа хирург должен руководствоваться необходимостью создания оптимального, наименее травматичного доступа к пораженному очагу.
2. Выполненный доступ должен иметь возможность комбинации с ранорасширителями.
3. Предложенный нами доступ обладает оптимальным углом наклона оси операционного действия и углом операционного действия и составляет в среднем $60-85^{\circ}$.

Список литературы

1. Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам / А. Ю. Созон-Ярошевич - М.: Медгиз, 1954. - 180 с.
2. Алгоритмы оперативных доступов / А.А. Воробьев, А.А. Тарба, И.В. Михин, А.Н. Жопуль - СПб.: ЭЛБИ, 2010. - 256 с.
3. Гемангиомы основных локализаций / М.А. Нартайлаков, Ш.М. Сафин, А.Ф. Курамшин, А.И. Грицаенко – Уфа: Браво Пресс, 2012. - 118 с.
4. Основы оперативной хирургии внепеченочных желчевыводящих путей / Б.В. Поздняков, Е.М. Трунин, В.Б. Поздняков - СПб.: ЭЛБИ, 2011. - 236 с.
5. Профилактика печеночной недостаточности после обширных резекций печени / А.Х. Мустафин, И.И. Галимов, А.И. Грицаенко, И.З. Салимгареев - Медицинский вестник Башкортостана. - 2007. – №3.- С. 58-62.
6. Разработка материалов для перитонизации печени при резекции / А.Х. Мустафин, Н.В. Пешков, А.И. Грицаенко, И.И. Галимов, Р.Р. Рахимов - Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. трудов 17-го междунар. Конгресса хирургов-гепатологов. - Уфа, 2010. - С. 83.
7. Современные методы хирургического лечения очаговых образований печени / М.А. Галеев, А.Х. Мустафин - Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии: Сб. научных трудов Межрегиональной конференции, посвященной 70-летию каф. фак. хирургии БГМУ. - Уфа, 2006. - С. 62-63.
8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / Э.А. Петросян, В.И. Сергиенко, И.В. Фраучи - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. - 288 с.