

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано для оперативного лечения аневризм брюшной части аорты.

Известны доступы к аневризме брюшной части аорты чрезбрюшинный (срединная лапаротомия) и забрюшинный по С.Роб [1, 2].

Недостатком забрюшинного доступа по С.Роб является, малое операционное поле подлине, ширине и глубине. При срединной лапаротомии затруднено выделение проксимального отдела брюшной аорты анатомическими органами: печенью, поджелудочной железой и желудком.

Наиболее близким по технической сущности и принятым за прототип является доступ к аневризме брюшной части аорты, включающий пересечение реберной дуги и формирование двух костно-мышечных лоскутов [3].

Недостатком прототипа является, также, ограниченность операционного поля из-за предлежания печени в рану.

Задачей изобретения является создание такого доступа к аневризме брюшной части аорты, который за счет изменения направления нижнего разреза влево и надкостничной резекции VIII, IX, X, ребер обеспечивал бы расширение операционного поля и удобства работы хирурга.

Поставленная задача решается тем, что в способе доступа к аневризме брюшной части аорты включающем пересечение реберной дуги и формирование двух костно-мышечных лоскутов, согласно изобретению, после разреза по срединной линии живота на 2см ниже пупка, разрез продолжают влево параллельно ходу волокон наружной косой мышцы живота до реберной дуги. Проводят линию между обеими концами разреза, по которой выполняют три поперечных разреза кожи над VIII, IX и X ребрами. Затем выполняют их поднадкостничную резекцию на протяжении 5см.

Продолжение нижней части разреза влево, параллельно ходу волокон наружной косой мышцы живота до реберной дуги позволяет сформировать такой костно-мышечный лоскут при отвороте которого, образуется широкое операционное поле с хорошим обзором аневризмы брюшной части аорты, что повышает удобство работы хирурга.

Проведение линии между обоими концами разреза, выполнение трех поперечных разрезов кожи над VIII, IX и X ребрами и проведение их поднадкостничной резекции на протяжении 5см обеспечивает формирование второго костно-мышечного лоскута при отворачивании которого операционное поле еще более расширяется вверх, что обеспечивает хороший обзор аневризм расположенных на уровне, ниже и выше почечных артерий.

Способ выполняют следующим образом.

По срединной линии живота от мечевидного отростка грудины на 2см ниже пупка послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, апоневроз белой линии живота до предбрюшинной клетчатки. Далее нижнюю точку разреза продолжают влево, параллельно ходу волокон наружной косой мышцы живота до точки пересечения с реберной дугой. Образовавшийся кожно-мышечный лоскут отделяют от брюшины и отводят вверх и латеральне. Аневризму брюшной части аорты выделяют забрюшинно. Если

аневризма располагается на уровне или выше почечных артерий, то пересекается реберная дуга и разрез продолжают до задней подмышечной линии. Затем проводят условную линию между обоими концами разреза, по которой выполняют три поперечных разреза кожи над VIII, IX и X ребрами, выполняют поднадкостничную резекцию их на протяжении 5см. Сформированный костно-мышечный лоскут отворачивают вверх по линии пересеченных ребер. Смещение образовавшихся лоскутов обеспечивает достаточный доступ к аневризмам брюшной части аорты расположенных выше или на уровне почечных артерий. При этом после разделения подлежащих мышц, отделяют ткани кзади от левой почки вдоль диафрагмы, до левой ножки диафрагмы, пересекают ее и выделяют шейку аневризмы выше чревного ствола. Далее мобилизуют аорту дистальнее почечных артерий, аневризмы.

Пример 1. Больной С. Диагноз: аневризма брюшной части аорты, расположенная ниже почечных артерий, средних размеров. Под общим интубационным наркозом произведено рассечение передней брюшной стенки до предбрюшинной клетчатки на 2см ниже пупка, затем разрез продолжен от его нижнего угла влево, параллельно ходу волокон наружной косой мышцы живота до реберной дуги. Отделена брюшина, обнажено забрюшинное пространство, кожно-мышечный лоскут отведен вверх и латерально, выделена аневризма брюшной аорты. В результате получился хороший доступ для манипуляций на аорте, достаточная глубина, ширина и длина операционной раны. Аневризма резецирована, выполнено аллопротезирование аорты линейным протезом. Рана послойно ушита, заживление первичным натяжением, швы сняты на восьмые, девятые сутки после операции.

Пример 2. Больной М. Диагноз: аневризма брюшной части аорты, распространяется выше почечных артерий, больших размеров. Под общим интубационным наркозом произведено рассечение передней брюшной стенки до предбрюшинной клетчатки на 2см ниже пупка, затем, разрез продолжен от его нижнего угла влево, параллельно ходу волокон наружной косой мышцы живота до задней подмышечной линии. Отделена брюшина, обнажено забрюшинное пространство, пересекается реберная дуга, по проведенной условной линии между обоими кольцами разреза выполнены разрезы кожи над VIII, IX и X ребрами, затем их поднадкостнично резецировали на протяжении 5см.

Костно-мышечный лоскут отведен вверх и латерально. Отделены ткани кзади от левой почки вдоль диафрагмы до ее левой ножки, последнюю пересекали и выделяли шейку аневризмы выше чревного ствола. Далее мобилизовали аорту дистальнее почечных артерий. Резецировали аневризму, выполнено аллопротезирование аорты линейным протезом. Имплантация почечных артерий в аллопротез. Рана послойно ушита, заживление первичным натяжением.

Предлагаемый способ доступа к аневризме брюшной части аорты применен у 4 - х больных с разной локализацией аневризмы и показал возможность хорошего доступа к брюшной части аорты на всех ее уровнях, Способ рекомендован в практическое здравоохранение.