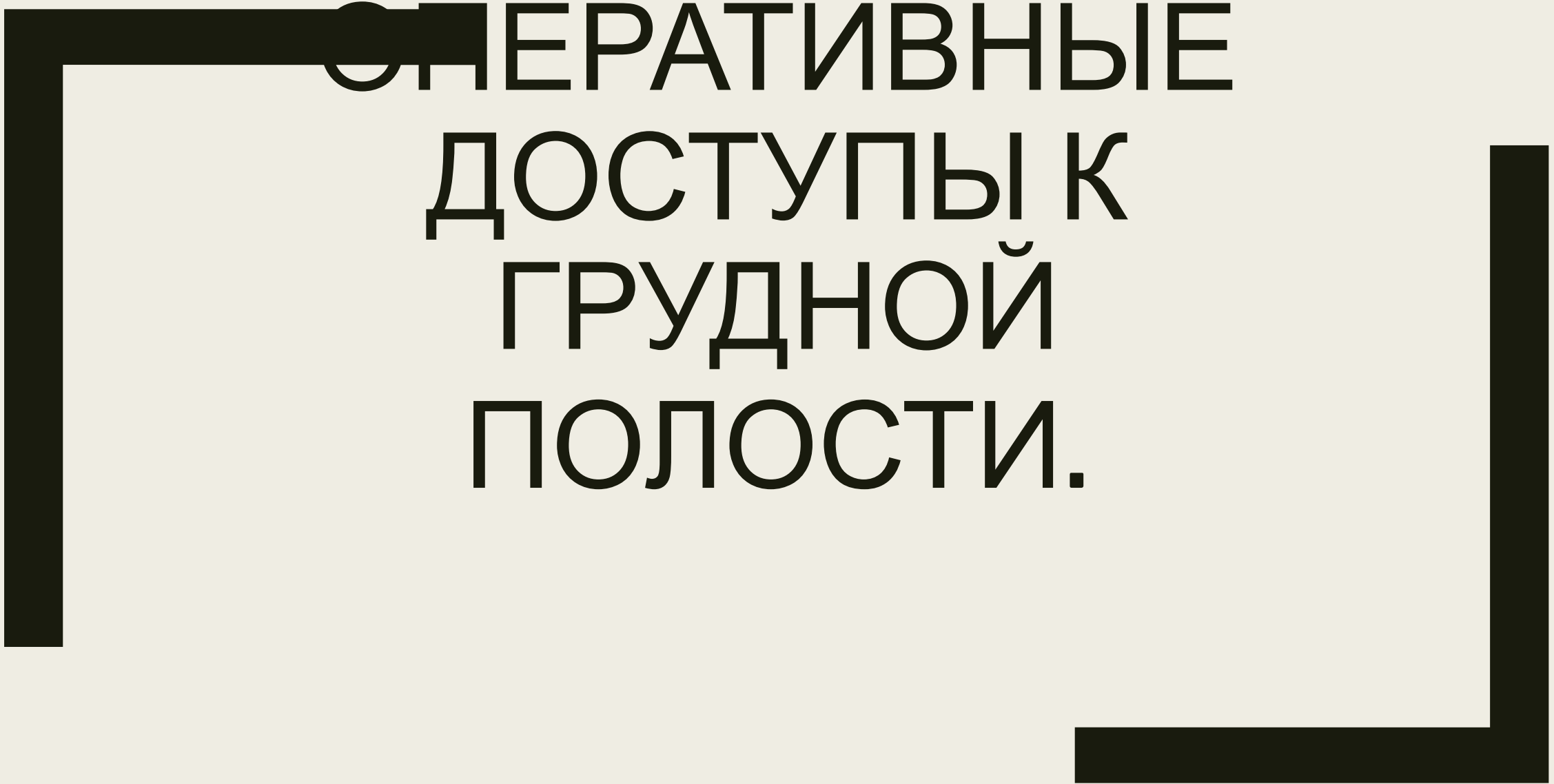




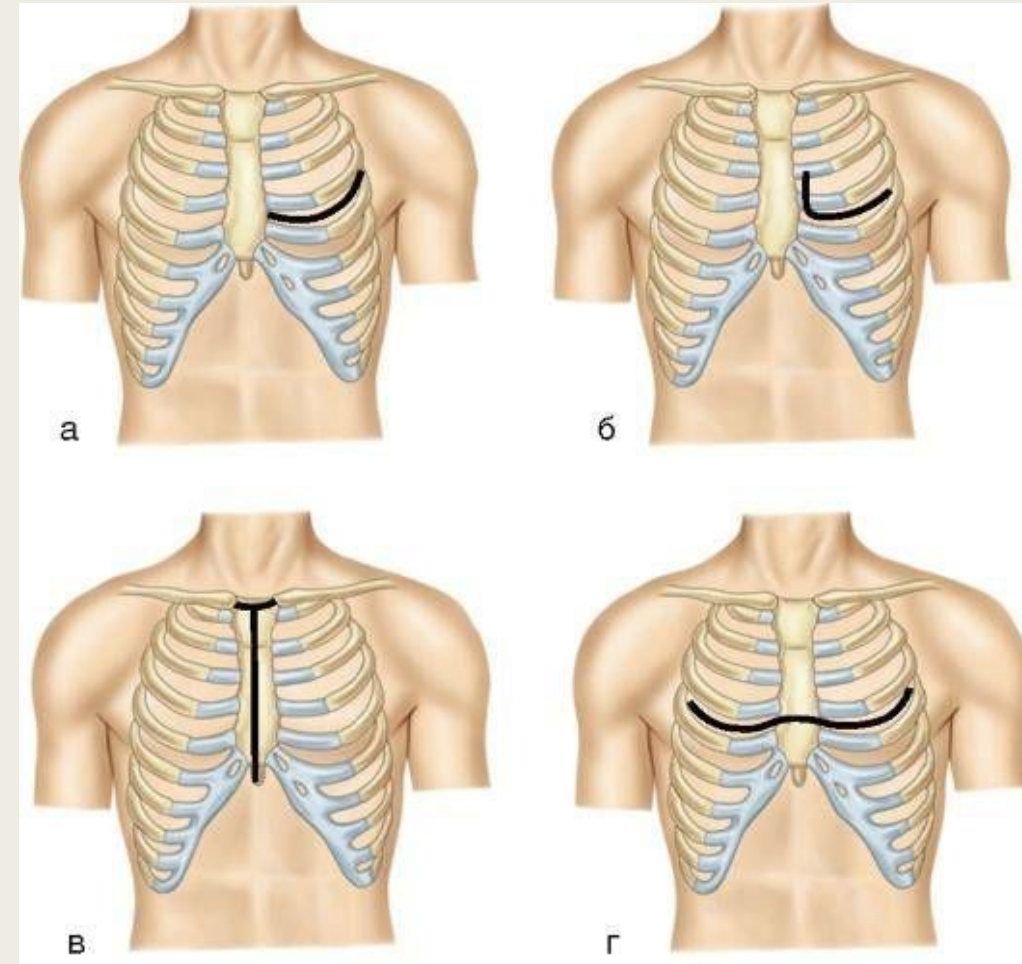
ОПЕРАТИВНЫЕ
ДОСТУПЫ К
ГРУДНОЙ
ПОЛОСТИ.

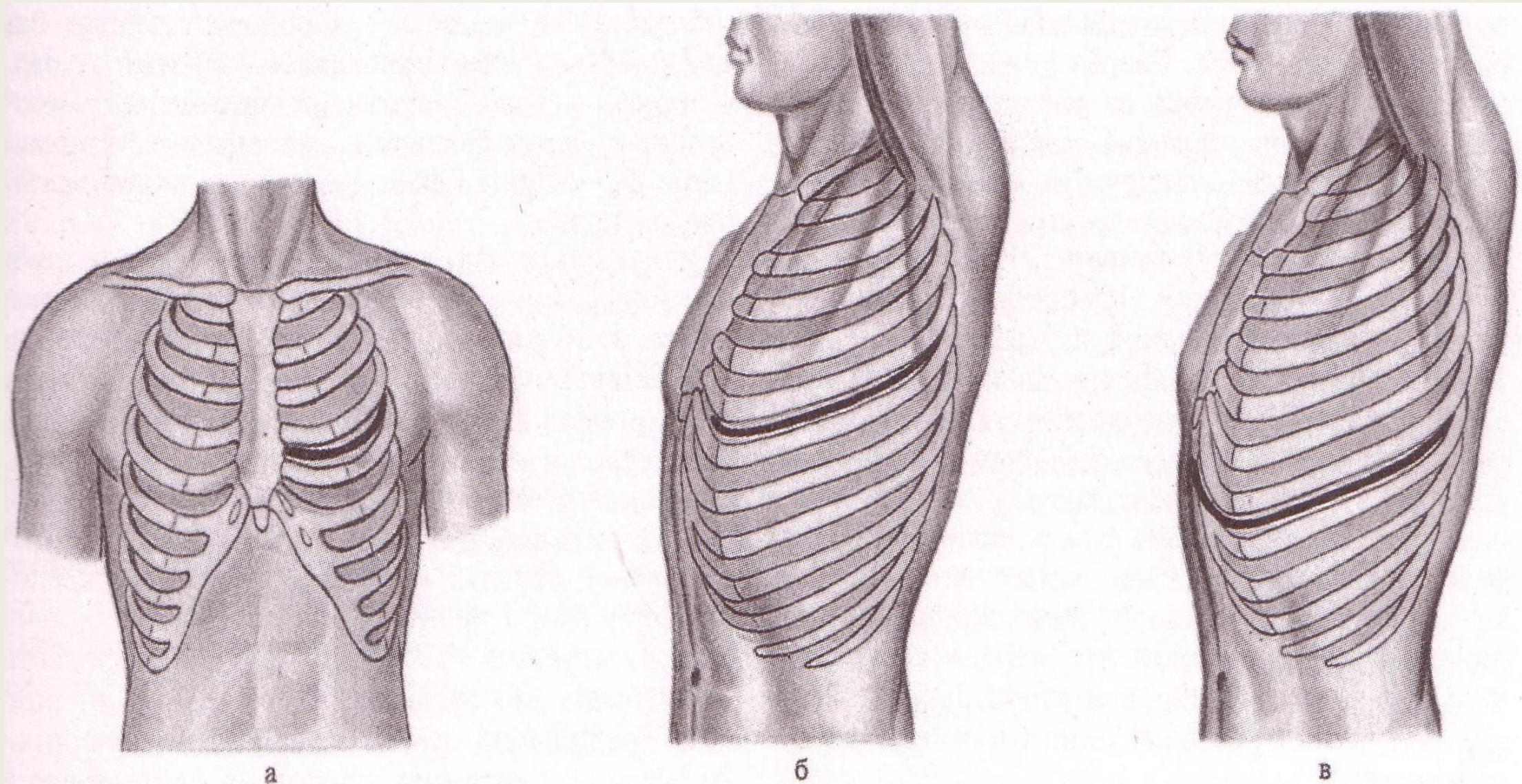
Требованиями, предъявляемыми к оперативному доступу, являются анатомическая доступность объекта вмешательства и техническая возможность осуществления всех этапов операции.

Все доступы к органам грудной полости подразделяются на две группы: внеплевральные и чресплевральные.

При выполнении внеплевральных доступов обнажение анатомических образований средостения происходит без разгерметизации плевральных полостей. Возможность выполнения этих доступов определяется положением и соотношением передних и задних границ плевры.

При чресплевральных доступах происходит вскрытие одной или двух (при так называемых чрездвуплевральных доступах) плевральных полостей. Чресплевральные доступы могут быть использованы для операций как на органах средостения, так и на легких.





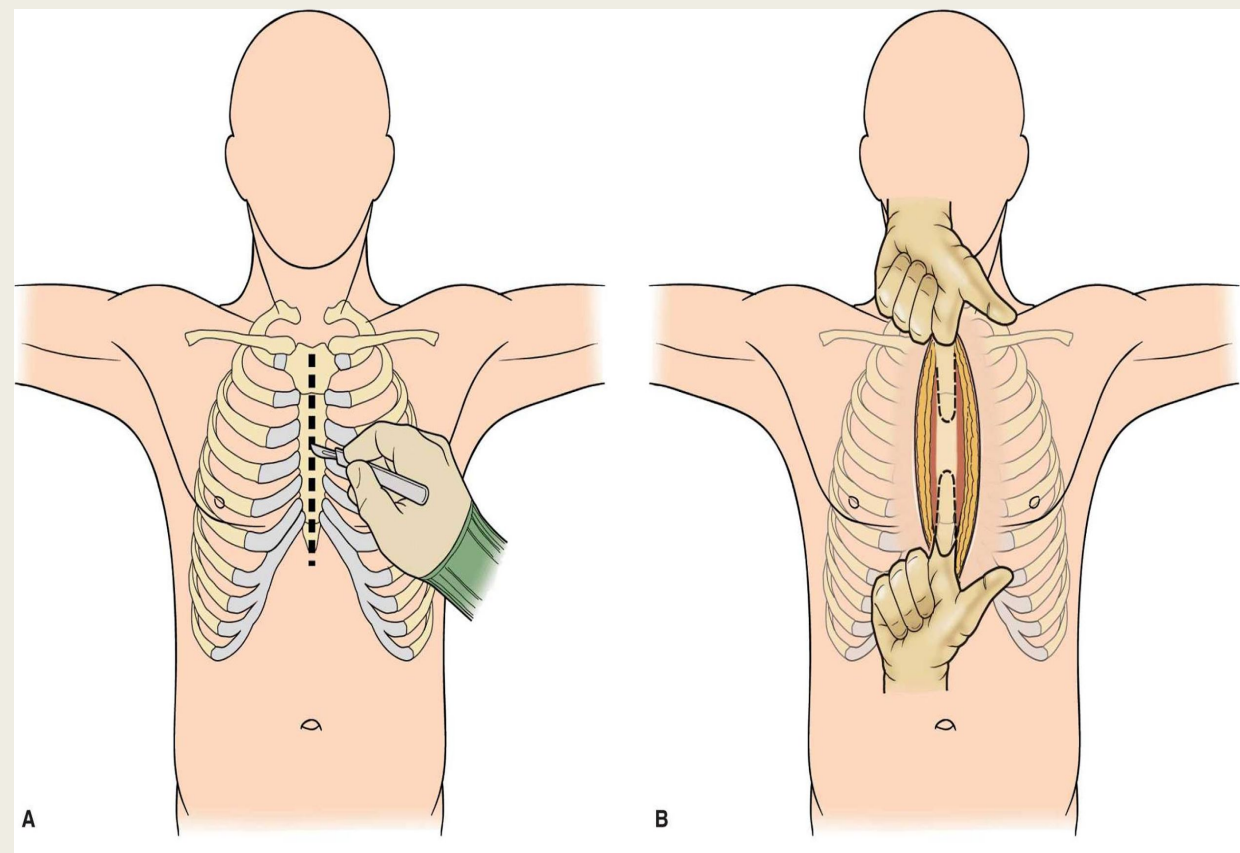
Хирургические доступы к органам грудной полости. а – переднебоковая торакотомия; б – заднебоковая торакотомия; в – боковая торакотомия.

Примером чресплеврального доступа, который позволяет выполнять операции на легком, а также на сердце и диафрагме, является переднебоковой разрез на уровне пятого или четвертого межреберья. Начинают разрез на соответствующем уровне от парастеральной линии и, продолжая его вдоль межреберья, доводят до задней подмышечной линии. У женщин разрез окаймляет молочную железу. Во избежание повреждений межреберных сосудов и нерва разрез следует проводить ближе к верхнему краю нижележащего ребра и заканчивать, не доходя до края грудины на один поперечный палец, чтобы не повредить внутреннюю грудную артерию. Parietalная плевра рассекается вместе с внутренними межреберными мышцами, а после вскрытия плевральной полости в рану вводят ранорасширитель.

При боковой торакотомии грудную полость вскрывают по ходу V-VI ребер от околопозвоночной до среднеключичной линии. Боковой доступ создает хорошие условия для манипуляций почти во всех отделах грудной полости – от купола плевры до диафрагмы, от позвоночника до грудины. Недостатком бокового доступа считают вынужденное положение больного на здоровом боку, что затрудняет дыхание и при операциях, по поводу гнойных заболеваний легких, предрасполагает к затеканию гнойного отделяемого в бронхи здоровой стороны.

Для выполнения заднебоковой торакотомии больного укладывают на живот или придают ему полубоковое положение (на здоровом боку с наклоном вперед). Разрез мягких тканей начинают на уровне остистого отростка III-IV грудного позвонка и, обогнув угол лопатки, продолжают по ходу VI ребра до передней подмышечной линии. Последовательно рассекают все мягкие ткани до ребер, плевральную полость вскрывают по межреберью или через ложе резецированного ребра. Заднебоковая торакотомия более травматична, так как приходится рассекавать толстый слой мышц спины и резецировать ребра.

При выполнении продольной стернотомии производят разрез кожи над грудной по передней срединной линии. Его начинают на 2-3см выше рукоятки грудины и заканчивают на 3-4см ниже мечевидного отростка. Рассекают надкостницу грудины и смещают ее на 2-3мм в стороны от линии разреза распатором. В нижнем отделе раны рассекают белую линию живота и тупым путем (пальцем, тампоном) формируют туннель между грудиной и грудинной частью диафрагмы. Затем с помощью стернотомы или проволоочной пилы Джильи выполняют продольную стернотомию, проводят тщательный гемостаз с помощью втирания стерильной восковой пасты в губчатое вещество грудины. После окончания операции сопоставляют края грудины и скрепляют их специальными скобками или прочными швами.



Поперечная стернотомия используется в случаях необходимости широкого обнажения не только органов средостения, но также сосудов, расположенных за его пределами (например, корня легкого). Ее нередко применяют при операциях в условиях искусственного кровообращения, при сложных реконструктивных операциях или трансплантациях.

Чрездвуплевральный доступ дает возможность подойти ко всем отделам сердца и крупным сосудам, однако отличается большой травматичностью и может быть осуществлен только при искусственной вентиляции легких (ИВЛ), так как сопровождается двусторонним пневмотораксом.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

