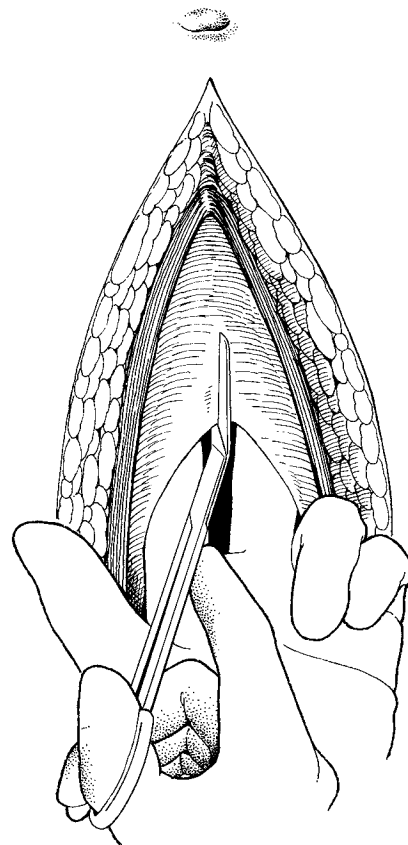


Rycina 4.4 Nacinanie otrzewnej.

zeniu haka samotrzymającego. Zwyczaj rutynowego badania całego brzucha winien być zaszczycony na wczesnym etapie kariery chirurga; procedura ta zajmuje niewiele czasu i bardzo się oplaca. Ma ona szczególne znaczenie w chirurgii nowotworów, w której jest częścią chirurgicznej klasyfikacji zaawansowania procesu chorobowego. Przy podejrzeniu procesu nowotworowego należy wykonać jednocześnie biopsję i płukanie otrzewnej. Kontynuowanie tego zwyczaju pozwala chirurgowi zdobyć praktyczną wiedzę dotyczącą prawidłowej anatomii narządów jamy brzusznej, w tym i organów leżących pozaotrzewnowo, tak by wraz z nabywaniem większego doświadczenia mógł zauważyć każdą małą nieprawidłowość.

Wybór haka operacyjnego jest przede wszystkim decyzją osobistą; autorzy preferują użycie samotrzymającego haka Balfoura (ryc. 4.6) w większości rutynowych operacji ginekologicznych, bez dolnej łyżki zastępowanej hakiem Morrisa, który trzyma druga asysta (ryc. 4.7). Opcja ta pozwala na przesunięcie i osłonę pęcherza moczowego, uzyskanie napięcia tkanek przymacicz i okołopęcherzowych, co jest ważne w trakcie preparowania moczowodów. Należy szczególnie uważać w przypadku, gdy samotrzymający hak jest utrzymywany w jednej pozycji przez długi czas, co może powodować wystąpienie zasinień lub nawet martwicy (ryzyko to jest zmniejszone w przypadku pełnej relaksacji pacjentki). Interesujące jest to, że zarówno Bonney, jak i Wertheim, preferowali ręczną retrakcję brzegów nacięcia brzucha przez asystę chirurga. Ta dynamiczna ręczna



Rycina 4.5 Rozcinanie otrzewnej na całej długości rany.

retrakcja jest uważana za mniej traumatyczną niż użycie haków samotrzymających.

Odsuwanie jelit

Celem ułatwienia dostępu do miednicy muszą być z niej usunięte: całość jelita cienkiego, sieć i zwisające pętle esicy. Uzyskuje się to w pozycji „głową w dół” lub Trendelenburga, jak również przez odsunięcie jelit. Jelita odsuwa się z miednicy lewą ręką z rozstawionymi palcami, rozpościerając nad nią dużą chustę złożoną w pakiet; następnie lewą ręką wysuwa się ruchem ślizgowym, a prawą delikatnie unosi jelita powyżej granicy miednicy. Stosuje się raczej jeden duży pakiet, a nie kilka małych. Muszą one mieć wszyty nieprzepuszczalny dla promieni rentgenowskich marker (Rayteck) i być zaopatrzone w długą tasiemkę, którą wyciąga się z brzucha i fiksuje na zewnątrz. Bardzo ważne jest stosowanie pakietów mokrych, nasączonych solą lub wodą; nie mogą być zbyt gorące, najlepsza jest temperatura ciała. Prawidłowa wilgotność i temperatura są ważne, gdyż chodzi o uniknięcie uszkodzenia jelit i następczego zwiększonego ryzyka zrostów.

Szczególne okoliczności

Wcześniejsza blizna

Wcześniejsza blizna nie powinna ograniczać chirurga, jeśli jest odpowiednią drogą do przeprowadzenia bieżącej operacji. Na przykład, nierozsądnie jest próbować usunąć