

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© ЗАЛЕВСКИЙ А.А., БЕРЕЖНОЙ А.Г., КАПСАРГИН Ф.П.

УДК 616.61-089

СПОСОБ УМЕНЬШЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ НА ЭТАПЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ

А.А. Залевский, А.Г. Бережной, Ф.П. Капсаргин

Красноярский государственный университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией, зав. – д.м.н., проф.

П.А. Самотёсов.

Резюме. В статье представлено описание оперативного доступа к почке и верхнему отделу мочеточника, при выполнении которого не пересекаются мышцы поясничной области, выполняется продольное рассечение широчайшей мышцы спины и XII ребра по его оси. Разведение фрагментов ребра вместе с мышцами и фасциями, фиксированными к ним, обеспечивает доступ с параметрами, свойственными доступу Фёдорова, но в отличие от него исключая повреждение близлежащих нервов и образование послеоперационной грыжи поясничной области.

Ключевые слова: хирургия мочекаменной болезни, доступ к почке.

Залевский Анатолий Антонович – д.м.н., проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии; тел.8(391) 2201410.

Бережной Александр Григорьевич – хирург-уролог высшей категории, Дорожная клиническая больница на станции Красноярск; тел.

Капсаргин Федор Петрович – ассистент каф. урологии, андрологии и сексологии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2201599.

При хирургических вмешательствах наряду с оперативным приёмом, выполняемым на самом органе, особое значение приобретает оперативный доступ к нему. Последний может быть главным, если орган расположен глубоко, а оперативный приём, выполняемый на нём, незначителен. Например, удаление камня из мочеточника не так сложно, как его обнажение. Поэтому большое внимание стали уделять оперативным доступам. Известно не менее 30-40 доступов различных авторов и их модификаций [1,2]. Говоря словами А. Ю. Созон-Ярошевича [3]: «Становится невозможным отличить главное от второстепенного и найти то рациональное зерно, которое определяет суть дела».

Стремительный прогресс методов топической диагностики камней мочевыводящих путей, внедрение высоких оперативных технологий склонили приоритеты оперативной урологии к минидоступам, контактной и дистанционной ударно-волновой литотрипсии, но 25-30% операций выполняются традиционно открытым методом с использованием известных оперативных доступов.

Недостаток большинства из них в рассечении крупных мышечных массивов поясничной области и межрёберных мышц, нередко с повреждением подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов, с последующей релаксацией мышц брюшного пресса. Чаше эти осложнения случаются после повторных операций у больных с рецидивной формой мочекаменной болезни, когда оперативный доступ выполняется с иссечением старых рубцовых образований [2]. Это и послужило причиной дальнейших поисков менее травматичного оперативного доступа к почке и верхнему отделу мочеточника.

Цель исследования – снизить уровень операционной травмы на этапе оперативного доступа к почке и верхнему отделу мочеточника и вероятность послеоперационных осложнений.

Задача исследования – разработать оперативный доступ к почке и верхнему отделу мочеточника, исключающий поперечное рассечение мышц поясничной области и повреждение близлежащих нервов.

Материалы и методы

Задача решается за счёт того, что кожу, подкожный жировой слой и поверхностную фасцию рассекают по ходу волокон широчайшей мышцы спины, как и саму мышцу. Разрез проводится над серединой части XII ребра, находящейся кнаружи от разгибателя спины (рис. 1). Разведя края разреза в стороны, обнажают переднебоковые дуги X, XI и XII рёбер. XII ребро разрезают фрезой по продольной оси от свободного конца до наружного края разгибателя спины, фрагменты ребра вместе с мышцами и фасциями, фиксированными к ним, разводят расширителем с шарнирными скобами (рис. 2). При этом происходит поднадкостничный перелом нижнего фрагмента XII ребра у края разгибателя спины со смещением под углом, открытым кнаружи. Пучки задней нижней зубчатой мышцы удерживают его от смещения по ширине. В проёме раны открывается наружная поверхность почки (рис. 3). Отслоив клетчатку от задней поверхности почки, открываем лоханку и верхний отдел мочеточника, что позволяет выполнить пиелолитотомию, уретеролитотомию.

Рану доступа начинают зашивать с идеально сопоставленных фрагментов XII ребра циркулярными швами, проводя иглу строго по их краям (рис. 4), исключая захват близлежащих сосудисто-нервных пучков и сохраняя естественные места фиксации мышц к ребру.

Края разрезов мышц, фасций и кожи сшивают отдельными шва-

ми.

Оперативный доступ к почке и верхнему отделу мочеточника отработан на 7 трупах людей (4 мужского пола и 3-женского) и выполняется в положении объекта на боку с валиком под поясницей, согнутой нижней конечностью условной здоровой стороны и выпрямленной противоположной конечностью.

Результаты и обсуждение

Оперативный доступ к почке и верхнему отделу мочеточника выполняется без поперечного рассечения мышц 2-го и 3-го слоя поясничной области, что достигается за счёт продольного рассечения широчайшей мышцы спины и XII ребра. Разведение его фрагментов и фиксированных к ним фасций и мышц исключает случайное повреждение XI межрёберного нерва, подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов.

Применение предлагаемого доступа в оперативной урологии позволит снизить уровень операционной травмы и послеоперационных осложнений, присущих традиционным оперативным доступам к почке и мочеточнику.



Рис. 1. Вид разреза кожи и широчайшей мышцы спины



Рис. 2. Вид фрагментов XII ребра

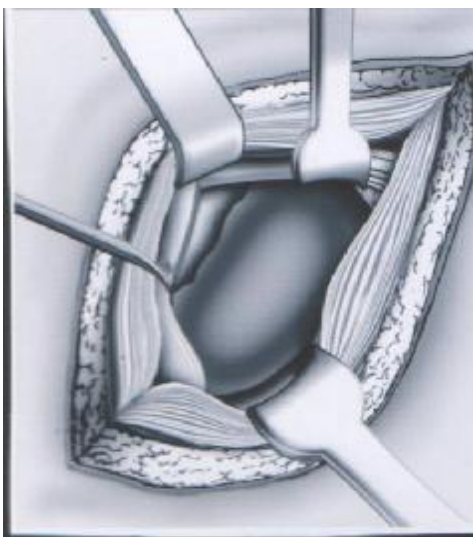


Рис. 3. Вид почки в проёме доступа.

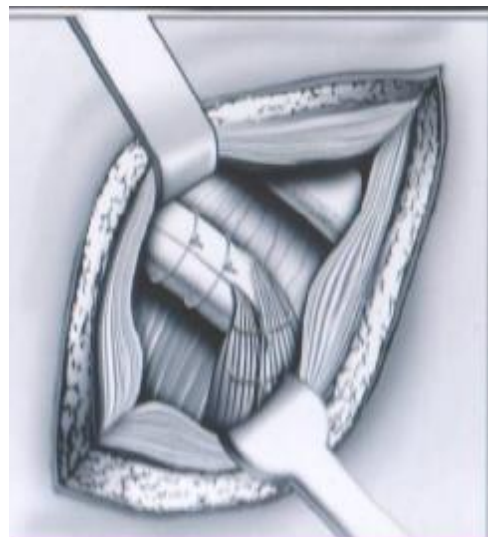


Рис. 4. Вид фрагментов XII ребра после их сшивания.

THE WAY TO REDUCE OPERATION TRAUMA ON THE STAGE OF OPERATION ACCESS TO KIDNEY

A.A. Zalevskij, A.G. Berezhnoj, F.P. Kapsargin

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Abstract. The paper describes operation access to renal and upper part of the ureter. During the access lumbar muscles are not cut. Latissimus dorsi muscle and XII rib are cut longitudinally. Spreading of rib fragments, muscles and fascia provides access that is similar to Fedorov's access. Unlike Fedorov's access this access excludes neuron damage and formation of after operation hernia of lumbar area.

Key words: urolithiasis surgery, renal access.

Литература

1. Большаков И.Н.,Самотёсов П.А., Павловская З.А. и др. Оперативная хирургия. – Красноярск, 2001. – С.39-47.
2. Дзеранов Н. К., Казаченко А. В., Бешлиев Д. А. и др. Осложнения открытых операций при лечении мочекаменной болезни и пути их профилактики //Урология. – 2002. – № 6. – С.3-8.
3. Созон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клинические обоснование

хирургических доступов к внутренним органам. – Л.: Медгиз,
1954. – 180с.