

УДК 616.61:616.629-089

ИННОВАЦИОННЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ПОЧКЕ И ВЕРХНИМ МОЧЕВЫМ ПУТЯМ

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

*ГОУ ВПО Красноярский государственный университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого РОСЗДРАВА*

Представлено описание оперативного доступа к почке и верхнему отделу мочевых путей у больных с мочекаменной болезнью с продольным разделением широчайшей мышцы спины и продольным рассечением XII ребра, исключая поперечное рассечение мышц и случайное повреждение XI, XII межрёберных, пояснично-подчревного и пояснично-подвздошного нервов.

Ключевые слова: хирургия мочекаменной болезни, доступ

Введение

При хирургических вмешательствах наряду с оперативным приёмом особое значение приобретает оперативный доступ. Известно не менее 30 доступов различных авторов и их модификаций [1]. Говоря словами А.Ю. Созон-Ярошевича [3], становится невозможным отличить главное от второстепенного и найти то рациональное зерно, которое определяет суть дела.

Стремительный прогресс рентген-эндоскопических методов топической диагностики мочевыводящих путей и высоких оперативных технологий склонили приоритеты оперативной урологии к минидоступам, контактной и дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Однако 25-30% операций выполняются открытым методом с использованием известных зачастую излишне травматичных оперативных доступов. Недостаток большинства из них в рассечении крупных мышечных массивов поясничной области и межрёберных мышц, нередко с повреждением пояснично-подчревного, пояснично-пахового нервов, с релаксацией соответствующих мышц. Чаще 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 поисков нового оперативного доступа к поч-

ке и верхнему отделу мочеточника для открытого метода операции.

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

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

Задача решена, разработан доступ к почке и верхнему отделу мочеточника, в ходе которого не пересекаются в поперечном направлении мышцы первого и второго слоя поясничной области. Доступ выполняется следующим образом: кожу, подкожно-жировую слой, поверхностную фасцию и широчайшую мышцу спины, представляющую первый слой, пересекают продольно её волокон над серединой расстояния между разгибателем спины и концом XII ребра (рис. 1). Края разреза разводят в стороны и обнажают XII рёбро. От конца до наружного края разгибателя спины XII ребро разрезают фрезой по продольной оси (рис. 2). Фрагменты ребра разводят в стороны режущим расширителем с шарнирными скобами. При этом происходит поднадкостничный перелом нижнего фрагмента ребра у края разгибателя спины и смещение фрагмента под углом, открытым вперёд. Пучки задней нижней зубчатой мышцы удерживают

фрагмент ребра от смещения по ширине. Наружная косая, поперечная и внутренняя косая мышцы живота при этом расслаиваются под влиянием расходящихся концов фрагментов XII ребра. При необходимости, расслоение можно продлить до внутреннего края ложа прямой мышцы живота.



Рис. 1. Вид разреза тканей в начале доступа к почке

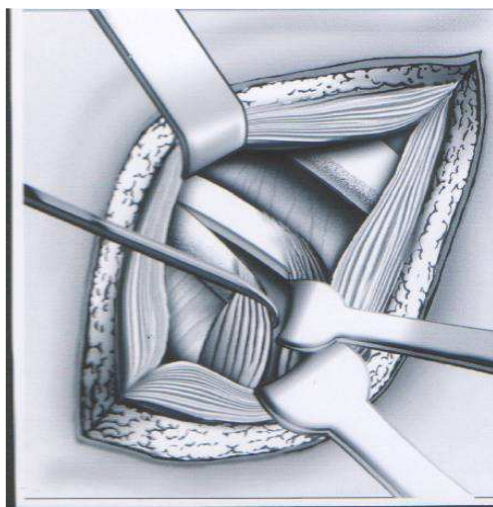


Рис. 2. Вид фрагментов XII ребра после продольного рассечения

Проём раны обнажает заднебоковую поверхность почки (рис. 3). Достаточно её повернуть кпереди и обнажаются лоханка и верхний отдел мочеточника, доступные для пиелолитотомии, уретеролитотомии и установки дренажей.

Рану оперативного доступа зашивают начиная с сшивания циркулярными швами идеально сопоставленных фрагмен-

тов XII ребра (рис. 4). При этом иглу проводят строго по их краям, исключая захват в швы близлежащих сосудисто-нервных пучков. Сохраняются естественные места фиксации межрёберных, поясничных мышц и фасций к XII ребру, что является основным фактором, снижающим травматичность доступа, профилактики случайной денервации мышц передней брюшной стенки, их релаксации и формирования послеоперационной грыжи.

Края расслоённых мышц и фасций, разреза кожи сшивают отдельными узловыми швами.

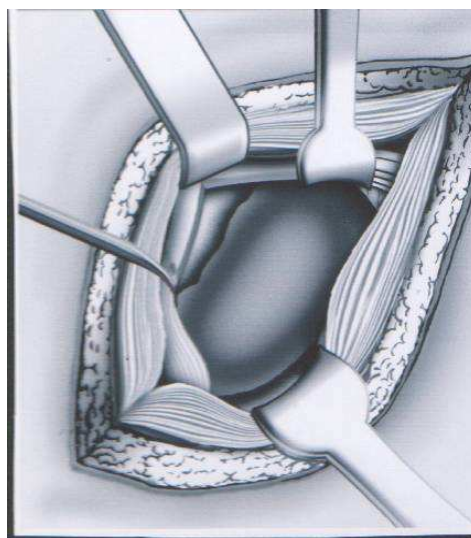


Рис. 3. Вид почка в проёме доступа XII ребра в проёме доступа

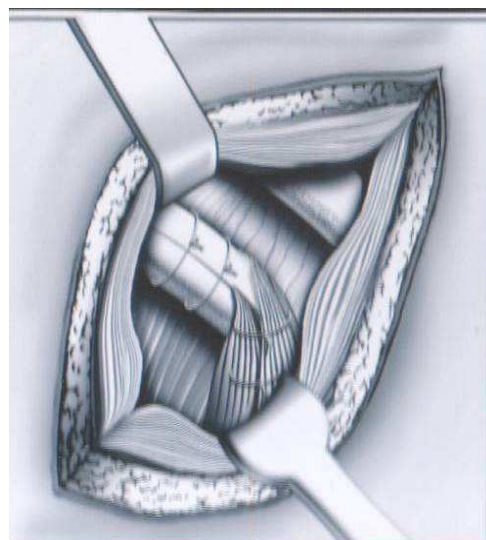


Рис. 4. Вид сшитых фрагментов

Материалы и методы

Оперативный доступ к почке и верхнему отделу мочеточника отработан на 7 трупах людей (4 мужского пола и 3-женского), выполняется в стандартном положении объекта на боку с валиком под поясницей.

Результаты и обсуждение

Предлагаемый оперативный доступа к почке и верхнему отделу мочеточника выполняется с рассечением широчайшей мышцы спины и слоёв покровных тканей продольно её волокон, мышц второго слоя поясничной области не пересекаются, что становится возможным после продольного рассечения XII ребру фрезой по продольной оси и разведения его фрагментов. При этом исключается случайное повреждение близлежащий сосудисто-нервных пучков и сохраняются места естественной фиксации мышц и фасций к XII ребру после сшивания фрагментов ребра циркулярными швами.

Таким образом, применение предлагаемого доступа в оперативной урологии позволит снизить уровень травмы на этапе операционного доступа и исключить послеоперационные осложнения, присущие традиционным оперативным доступам к почке и мочеточнику.

Авторские права на доступ защищены патентом РФ на изобретение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большаков И.Н., Самотёсов П.А., Павловская З.А.,Т.А. Большакова. 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 обоснования хирургических доступов к внутренним органам. Л.: Медгиз, 1954: 180 с.

**INNOVATIVE SURGICAL APPROACH TO KIDNEY
AND UPPER URINARY TRACK**

Zalevskiy A.A., Samotesov P.A., Berezhnoj A.G., Kapsargin F.P.
*Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky,
Krasnoyarsk, Russia*

The paper presents description of surgical approach to kidney and upper urinary track in patients with urolithiasis. Surgical approach presents lateral dissection of broadest muscle of back and lateral division of XII rib, excluding diametrical dissection of muscles and occasional damage of XI, XII intercostals, ilioinguinalis and iliohypogastricus nerves.

Keywords: surgery of urolithiasis, route