

Малоинвазивная открытая ретроперитонеоскопия. Хирургические доступы

В. Н. Журавлев, И. В. Баженов, А. В. Зырянов, К. Н. Истокский, П. Н. Давыдкин, С. А. Бурцев,
Д. А. Деминов, А. М. Гальперин, И. В. Борзунов

Считается, что оперативный доступ должен соответствовать следующим требованиям: 1 — быть адекватным характеру патологического процесса; 2 — соответствовать анатомо-конституционным особенностям больного; 3 — иметь кратчайший выход к оперируемому месту; 4 — обеспечивать визуальный контроль соседних органов; 5 — быть максимально щадящим к мышечным пластам и сосудисто-нервным пучкам (Морозов А. В. 2000 г.)

При решении вопроса о характере доступа к внутренним органам во время хирургических вмешательств следует исходить из двух принципов — максимальной доступности и малой травматичности. Особенностью хирургического доступа при малоинвазивных открытых ретроперитонеоскопических операциях является выполнение разреза кожи длиной 2,5–4 см, с послойным разделением тканей, межмышечным доступом в забрюшинное пространство, помня, что основные сосудисто-нервные пучки лежат в фасциальном влагалище между внутренней косой и поперечной мышцами живота. Операционная рана представляет собой усеченный конус, вершина которого лежит не в глубине раны, как при традиционных методах операции, а на поверхности кожи.

При малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний почек вопрос о выборе доступа имеет первостепенное значение, так как от этого зависят условия выполнения операции и пространственные характеристики операционной раны. При исследовании пространственных характеристик операционной раны, мы обратили внимание, что по мере уменьшения угла операционного действия и угла наклона оси операционного действия происходит увеличение глубины операционной раны и ухудшение пространственных характеристик операционной раны.

Операционные доступы к почке разделили на поясничные и доступы в межреберье, а в зависимости от их проекции к подмышечным линиям — на передние, средние и задние. Поясничные доступы подразделили на поперечные и косопоперечные.

В зависимости от вида операции, локализации операционного действия на почке и забрюшинном пространстве, типа конституционного строения пациента, пола, возраста, длинны 12

ребра, особенностей анатомического строения почки, степени её подвижности, особенностей строения позвоночника, проекционной анатомии органов забрюшинного пространства на переднюю брюшную стенку и поясничную область определили для каждого доступа свой характер операции, возможные осложнения и меры их профилактики. Так, поясничные доступы, особенно передний и средний, более благоприятны у пациентов с астеническим телосложением, у женщин, при длинной грудной клетке, подвижной почке, проекции уровня лоханки ниже проекции 12 ребра, локализации процесса в области нижнего сегмента почки. При заднем поясничном доступе возможны операции только на задней поверхности почки и области нижнего сегмента. При доступах в межреберье спектр проведения операций значительно увеличивается.

Поясничные доступы, особенно задний, выполняемый по задней подмышечной линии, имели ограниченное применение из-за сниженных возможностей ревизии почки, осуществления манипуляций на передней её поверхности. Основными противопоказаниями к выполнению малоинвазивных операций на почке, по нашему мнению, являются:

- 1) наличие послеоперационных рубцов в области операционного доступа и предшествующих операций на почке;
- 2) общее тяжелое состояние, не позволяющее предпринять оперативное вмешательство,
- 3) нарушение свертывающей системы крови;
- 4) ожирение считаем относительным противопоказанием к выполнению данного вида операций.

Таким образом, мы считаем, что операционный доступ при проведении малоинвазивных открытых ретроперитонеоскопических операций является одним из наиболее важных этапов хирургического вмешательства, во многом определяющим его успех, а спектр проводимых операций по данной методике охватывает практически все операции, выполняемые на почке традиционным способом (иссечение «сложных» кисти почек, нефрэксия, пиелолитотомия, реконструктивные операции на лоханочно-мочеточниковом сегменте, нефрэктомия, комбинированные операции и т.д.).