

© Ахтемійчук Ю.Т., Федорук О.С., Цигикало О.В., Владиченко К.А.

УДК 617.553/.559-089.853

ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНИХ ДОСТУПІВ ДО ОРГАНІВ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

Ю.Т.Ахтемійчук, О.С.Федорук, О.В.Цигикало, К.А.Владиченко

Кафедри топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук), анестезіології, реаніматології та урології (зав. – проф. В.М.Коновчук) Буковинської державної медичної академії

Топографо-анатомічне обґрунтування та впровадження у клінічну практику оперативних доступів до органів заочеревинного простору і нині залишаються актуальними напрямками оперативної хірургії [1-4]. В арсеналі хірурга є велика кількість доступів, більшість з яких задовольняє головним принципам створення операційної рани. При виконанні операції хірург враховує анатомічну доступність, технічну можливість і фізіологічну доцільність операції. Кожний хірург обирає той чи інший доступ, виходячи ще й з індивідуальних особливостей пацієнта (конституційні особливості, діагноз, загальний стан), обсягу оперативного втручання, власного досвіду та кваліфікації.

Ідея зменшення травматичності хірургічного лікування виникла давно. Ще в роботах Н.Ф.Буша і Х.Х.Саломона цьому питанню приділялася велика увага. Однак лише після досліджень Н.М.Волковича, П.І.Дьяконова, Г.А.Валяшко, Н.Ф.Богоявленського "вчення про фізіологічні доступи до органів, захищених м'язами" одержало загальне визнання та увагу хірургів. Наприкінці ХІХ-го століття, на зорі розвитку оперативних втручань на органах заочеревинного простору Н.М.Волкович, В.А.Покотило, І.Є.Гагенторн, Н.Ф.Богоявленський, Г.А.Валяшко, Шпренгель, Кохер, Бір довели, що розсічення нервових і м'язових волокон під час виконання доступу призводить до атрофії м'язів з наступним утворенням післяопераційних

гриж. У 1894 році запропоновані Н.М.Волковичем, П.І.Дьяконовим, Мак-Бурнеєм і Шпренгелем оперативні доступи до сліпої кишки під час апендектомії шляхом розведення м'язових волокон передньої черевної стінки без їх розсічення були визнані ідеальними. І хоча цей доступ використовується і нині, він не позбавлений недоліків.

Про оперативні доступи до органів М.Ф.Амбросовський писав: "доступність і травматичність – це два ворогуючих фактори, які важко примирити" [5]. На 8-му з'їзді російських хірургів Н.М.Волкович доповідав про можливість використання міжм'язових доступів у поперековій ділянці. У 1901 році Н.Ф.Богоявленський у своїй дисертації навів оперативні доступи до органів заочеревинного простору та їх ускладнення. Дослідження з даного питання проводили М.Ф.Амбросовський, А.Ю.Созон-Ярошевич, Н.М.Волкович, І.Є.Гагенторн, П.І.Дьяконов. В.Е.Проскурин у своїй дисертації (1910) писав: "Запропонований Симоном розріз спини вздовж бічного краю м'яза-випрямляча хребта відповідає умовам найменшої травматизації тканин, але є шляхом тісним, особливо у випадках збільшення нирки". У 1951 році М.А.Топчибаєв рекомендував заочеревинно-діафрагмальний доступ до нирки. П.Н.Напалков (1950) запропонував бережливі доступи до нирки і сечовода. Кастро рекомендував до застосування трансторакальний доступ до нирки. Ки-

тайські хірурги Гао Жи-мей і Ян Дао-Хуа запровадили черезторакальний позаплевральний доступ з резекцією нижніх ребер. Міжм'язовий доступ був використаний С.І.Спасокукоцьким у 1927 році під час видалення каменя із сечовода. А.І.Лоббок у 1932 році обгрунтував фізіологічний розріз для екстраперитонеального доступу до симпатичного стовбура і сечовода. З 1949 року А.П.Фрумкін почав застосовувати міжм'язовий доступ під назвою "розріз у клітинку". У 1957 році М.Д.Джавад-Заде опублікував свої спостереження про операції, проведені на сечоводі через міжм'язовий доступ. Одночасно з'явилися публікації про використання подібного доступу в Німеччині – Сціберт (K.Sziberth) і Америці – Фолей (Foley) [5].

Нині існує така класифікація оперативних доступів до органів заочеревинного простору:

1. Позаочеревинні: а) з розсіченням м'язів черевної стінки – Симона, Пеана, Бергмана, Ізраеля, Федорова, Іллейса, Черні, торакоабдомінальний, дорсолюмбальний Нагамацу, міжреберний; б) міжм'язові – Фрумкіна, задній латеральний, задній медіальний, задній косопоперечний, передній міжм'язовий.

2. Черезочеревинні: а) з розсіченням м'язів черевної стінки: поперечна лапаротомія, субкостальна лапаротомія, торакофренолапаротомія; б) без розсічення м'язів черевної стінки: середня лапаротомія, параректальна лапаротомія, верхня серединна лапаротомія, лапароскопічні доступи.

Позаочеревинні оперативні доступи можна розділити також на прості та комбіновані: а) прості – Симона, Пеана, Бергмана, Ізраеля, Федорова, Фрумкіна, Черні, Іллейса, торакоабдомінальний, задній медіальний, задній латеральний, задній косопоперечний, передній міжм'язовий, тораколюмбальний; б) комбіновані – дорсолюмбальний Нагамацу, міжреберний, Топчибаєва, тораколюмбальний.

Комбіновані оперативні доступи використовують для розтину двох порожнин під час оголення органа. Так, тораколюмбальний доступ можна вважати як простим, так і комбінованим. Оскільки тораколюмбальні доступи виконують у 9-11 міжреберних проміжках, вони можуть бути екстра- і транс-

плевральними [6, 7].

Частіше застосовують саме ті оперативні доступи до органів заочеревинного простору, які враховують топографо-анатомічні особливості тканин під час створення операційної рани та індивідуальні особливості будови тіла пацієнта. Проте і вони не позбавлені певних недоліків, які повинен врахувати хірург під час операції [8-14].

1. Іноді під час виконання доступу Федорова виникає необхідність розітнути реберно-хребетну зв'язку, що може спричинити ушкодження підреберного судинно-нервового пучка.

2. Недоліком доступів Бергмана і Ізраеля є значне травмування м'язів, судин і нервів поперекової ділянки та передньобічної стінки живота.

3. При доступі Пеана, який дає змогу виконати оперативний прийом на нирці та верхній третині сечовода, маніпуляції на середній третині сечовода і наднирковій залозі утруднені.

4. Перевагами доступу Симона вважають достатнє дренивання післяопераційної рани (особливо при положенні хворого на спині), незначне травмування м'язів (завдяки розрізу через трикутник Лесгафта-Грюнфельда), малу глибину операційної рани. До недоліків відноситься обмежений перелік оперативних прийомів через цей доступ, перешкода проведенню інтубаційного наркозу внаслідок положення хворого на животі з валиком під надчеревною ділянкою.

5. Доступ Фрумкіна характеризується значною глибиною операційної рани, але незначним травмуванням судинно-нервових пучків.

6. Задній латеральний доступ Погорелко має свої особливості: не рекомендується виводити нирку в операційну рану. Незважаючи на значну кількість недоліків (вузьке операційне поле, значна глибина операційної рани та ін.), доступ має суттєві переваги (мінімальне травмування, коротка післяопераційна реабілітація хворого, низька ймовірність утворення післяопераційних гриж).

7. Через задній медіальний доступ Погорелко досить легко виконати нефростомію, нефропексію, декапсуляцію нирки та задню пієлолітомію. Задній латеральний і задній

медіальний оперативні доступи до нирки призначені, в основному, для видалення оди-ночних каменів з ниркової миски та верхньо-го відділу сечовода, нефростомії та деяких видів нефропексії.

8. Косопоперечний доступ Погорелко серед інших люмботомій вирізняється мен-шою глибиною операційної рани. Його пере-важно використовують під час нефректомії або у пацієнтів з коротким тулубом та ожирінням. Проте оперативні втручання на нирці за допомогою цього доступу технічно більш складні, ніж за допомогою люмботом-ного доступу з розтином м'язів.

9. Передній міжм'язовий доступ По-горелко рекомендується використовувати під час операцій з приводу аномалій нирок, нир-кових судин (антевазальна пластика миско-во-сечовідного сегмента та ін.), для перед-ньої піелотомії тощо.

10. Доступ Нагамацу – розріз шкіри по-чинають від латерального краю м'яза-ви-прямляча хребта на рівні XI ребра, продов-жуючи його косо вниз і наперед на 4 см ви-ще клубового гребеня до середньої пахвової лінії і вздовж пахвинної складки. Цей доступ рекомендується для виконання радикальних операцій з приводу пухлин нирок, сечоводів, надниркових залоз, пухлинних тромбів ниж-ньої порожнистої вени.

11. Торакоабдомінальний доступ – розріз шкіри починають на рівні задньої пахвової лінії від XII ребра, проводячи його вздовж і нижче даного ребра у напрямку пупка.

12. Параректальна лапаротомія – шкіру розрізають від реберної дуги до пахвинної складки вздовж бічного краю прямого м'яза живота. Доступ збігається з медіальною ме-жею спігелевої лінії. Окрім цього, переріза-ють нерви прямого м'яза живота, що може призвести до виникнення післяопераційних вентральних гриж.

13. Серединна лапаротомія – розріз шкіри починають під мечоподібним відрост-

ком і продовжують вниз уздовж серединної лінії, огинаючи пупок зліва, до лобкового симфізу.

14. Верхня серединна лапаротомія – розріз виконують по серединній лінії від ме-чоподібного відростка до пупка. Доступ доз-воляє оголити органи верхнього поверху че-ревної порожнини і заочеревинного просто-ру. Для доступу характерна велика глибина операційної рани, необхідність розтину па-рієтальної очеревини у двох місцях та мобі-лізації органів черевної порожнини (шлунка, поперечної ободової кишки, великого саль-ника).

15. Підреберна лапаротомія – розріз шкіри завдовжки 10-14 см проводять пара-лельно реберній дузі. Доступом рекоменду-ють користуватися під час радикальних опе-рацій з приводу пухлин органів заочеревин-ного простору, при симультанних операціях (нефректомія з холецистектомією, нефро-пексія з пілоропластикомією тощо).

16. Рівень поперечної лапаротомії зале-жить від органа, на якому передбачається оперативне втручання, конституції пацієнта тощо. Доступ характеризується незначним порушенням іннервації прямих м'язів живо-та. У пацієнтів з ожирінням можливе вико-нання симультанної операції (ліпосакція чи ліпоекстракція), що значно полегшує мані-пуляції на органах заочеревинного простору, зменшує глибину операційної рани і сприяє косметичному ефекту.

Висновки. 1. Вибір оперативного досту-пу до органів заочеревинного простору виз-начається видом та обсягом оперативного втручання, клініко-анатомічними особливост-ями нирок, конституційними особливост-ями пацієнта. 2. Для сприятливого перебігу післяопераційного періоду та прискорення одужання перевагу варто надавати малотрав-матичним оперативним доступам (Федоро-ва, Фрумкіна, задньому міжм'язовому досту-пу Погорелко).

Література

1. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. К вопросу о выборе хирургического доступа при лечении злокачественных опухолей почек // *Анналы хирургии.* – 2001. – № 1. – С. 70-74.
2. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. и др. Выбор хирургического доступа при лечении злокачественных опухолей // *Анналы хирургии.* – 1999. – № 1. – С. 39-43.
3. Троцкий О.А., Романов В.Л., Бактимиров О.А. и др. Трансабдоминальная лапароскопическая нефрэктомия и фенестрация кист почек // *Урол.* – 1999. – № 5. – С. 20-21.
4. Bartsch G., Poisel S. *Approaches in Urologic Surgery.* – New York, 1994. – 368 p.
5. Лопаткин Н.А. Ру-

ководство по урологии. – М.: Медицина, 1998. – 185 с. 6. Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. – Харьков, 1997. – 394 с. 7. Kernion J.B., Rovone-Macaluso M. Tumors of the kidney. – London, 1986. – 275 p. 8. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія. – К.: Вища школа, 1993. – 711 с. 9. Горилловский Л.М., Горилловский М.А. Рак почки в пожилом и старческом возрасте // Клини. геронтол. – 2000. – Т. 6, № 1-2. – С. 47-55. 10. Комаров Н.В., Багров Н.А. Одномоментная операция по поводу калькулезного холецистита и рака почки // Вест. хирургии. – 1999. – Т. 158, № 3. – С. 77-78. 11. Переверзев А.С., Андреев А.А., Сабадаш А.С. Оперативное лечение рака почки, прорастающего в печень и нижнюю полую вену // Хирургия. – 1990. – № 4. – С. 132-133. 12. Погорелко И.П. Хирургическое вмешательство при камнях почек и мочеточников. – Ташкент: Гос. мед. изд-во МЗ УзССР, 1965. – 275 с. 13. Свистонюк І.У., Ахтемійчук Ю.Т., Федорук О.С. Операції на органах заочеревинного простору. – Чернівці: БДМА, 1999. – 43 с. 14. Свистонюк І.У., Томусьяк Т.Л., Ахтемійчук Ю.Т., Федорук О.С. Оперативна урологія. – К.: Здоров'я, 2002. – 224 с.

ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНИХ ДОСТУПІВ ДО ОРГАНІВ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

Ю.Т.Ахтемійчук, О.С.Федорук, О.В.Цигикало, К.А.Владиченко

Резюме. Аналіз літератури свідчить про відсутність досконалих оперативних доступів до органів заочеревинного простору. Для мінімізації недоліків люмботомії необхідно враховувати передбачуваний обсяг оперативного втручання, клініко-анатомічні особливості поперекової ділянки і заочеревинного простору та конституційні особливості пацієнта.

Ключові слова: доступи, заочеревинний простір.

TOPOGRAPHY-ANATOMICAL CHARACTERISTIC OF SURGICAL APPROACHES TO THE ORGANS OF THE RETROPERITONEAL SPACE

Yu.T.Akhtemiihuk, O.S.Fedoruk, O.V.Tsyhykalo, K.A.Vladychenko

Abstract. A bibliographical analysis suggests the absence of perfect surgical approaches to the organs of the retroperitoneal space. To minimize lumbotomy shortcomings it is necessary to take into account the expected extent of surgical interference, clinico-anatomical peculiarities of the lumbar portion and retroperitoneal space and constitutional characteristic features of patients.

Key words: approaches, retroperitoneal space.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 17.10.2003 р.