

Идеальный пациент для лапароскопической и открытой резекции почки

И.В. Чернышев, Д.В. Перепечин

НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ, Москва

Космическая программа СССР и США позволила по-другому взглянуть на науку и технику не только в плане новых технологий и материалов, но и в понимании стратегии их внедрения в повседневную практику. Прогресс в космической отрасли дал серьезный импульс развитию науки и техники, в том числе медицинской. Новые материалы, новая техника позволили проводить оперативные вмешательства на принципиально новом уровне. Необходимо отметить, что видеоэндоскопические операции в урологии давно интересовали людей. Но если первый осмотр уретры с помощью примитивнейшей видеоэндоскопической техники стал возможен еще в 1806 г., то путь до первой лапароскопической нефрэктомии составил почти 200 лет (Clayman, 1991г.).

ЗАДАЧИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

При проведении оперативного вмешательства с помощью лапароскопической техники, робота или открытым доступом, основными задачами хирургического лечения остаются: радикальное удаление опухоли, вмешательство на лимфатическом аппарате, стремление к органосохраняющему лечению при онкологическом радикализме, улучшение 5-, 10- и 15-летней выживаемости, достижение хороших кос-

метических результатов (Петерсон Б.Е., 1980, Трапезников Н.Н., 1992, Чиссов В.И., 2008). Внедряя новую технологию, мы должны рассматривать ее, прежде всего, с точки зрения достижения всех заданных пунктов.

В настоящее время по данным многочисленных мета-анализов и клинических исследований Европейское общество урологов выработало следующие рекомендации по тактике ведения пациентов. Если опухоль почки имеет размеры до 4 см, то онкологические результаты резекции сходны с радикальной нефрэктомией, что делает резекцию почки наиболее предпочтительным методом. Если размеры опухоли от 4 до 7 см, то в этом случае возможно проведение открытой резекции в специализированных центрах, имеющих подобный опыт. Резекция опухоли размерами более 7 см возможна, однако, в большей степени выполняется в научных центрах в рамках работ по органосохранному лечению у специально отобранных пациентов при строгом динамическом наблюдении (European Association of Urology, 2009).

Почему же мы так боремся за органосохранное лечение? До сих пор в рекомендациях Европейского общества урологов сохранение органа, при наличии здоровой контралатеральной почки является лишь элективным показателем. После нефрэктомии контралатеральная почка не во всех случаях может взять на себя функцию удаленной, несмотря на широкие возможности компенсации.

Ideal patient for laparoscopic and open partial nephrectomy

I. Chernyshev, D. Perepechin

У больных после нефрэктомии серьезно изменяется обмен веществ. Примером может служить нарушение белкового обмена, который влияет на состояние противопухолевого иммунитета. Уровень общего белка до 5 лет не меняется, через 5-20 лет обнаруживается тенденция к снижению уровня белка, особенно у лиц старше 50 лет, снижается альбумин, увеличивается уровень $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, γ -глобулинов, уровень β -глобулинов не меняется (Люлько А.Н., 1980). У пациентов отмечается гепатопатия различной степени выраженности, что подтверждено в эксперименте еще в начале XX века. Отмечается повышение билирубина у больных старше 50 лет, повышение уробилина особенно после физической нагрузки, относительное повышение уровня трансаминаз у больных старше 60 лет, викарное усиление функции печени. При поражении печени функция единственной почки ухудшается, по сути, мы имеем почечно-печеночную недостаточность (Пытель А.Я., 1936, Ратнер Н.А., 1945, Люлько Н.В., 1980, Гришин М.А., 1973). Необходимо отметить, что изменение метаболизма негативно влияет на последующий противопухольный иммунитет, повы-

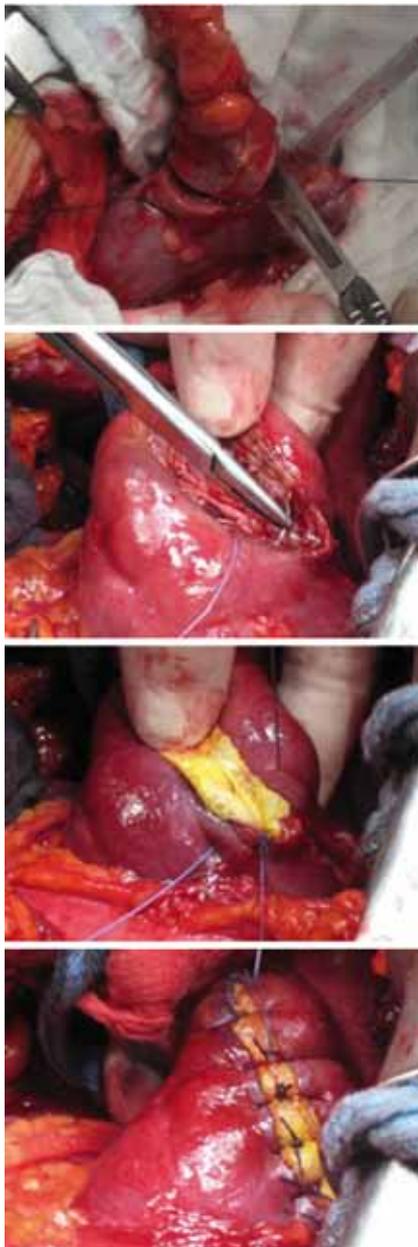


Рисунок 1. Этапы резекции почки

шает смертность от других причин.

Эксперты EAU говорят о том, что предположительно, результаты открытой или лапароскопической резекции идентичны, широкомащтабных исследований, доказывающих этот факт, пока не существует. Поэтому лапароскопическая резекция рекомендована при опухолях почки небольших размеров, располагающихся на периферии (Рекомендации EAU, 2009г.).

Лапароскопическое вмешательство должно проводиться только в том случае, если возможно соблю-

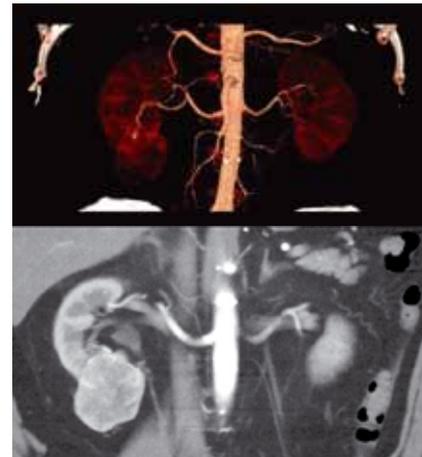
дение основных положений при резекции почки:

- удаление опухоли в пределах здоровых тканей;
- контроль за почечными сосудами;
- минимализация времени ишемии (максимально до 30 мин.) (Ward J.P., 1975);
- герметичное ушивание вскрытой собирательной системы почки;
- тщательный гемостаз;
- укрывание дефекта почечной паренхимы тканевым лоскутом или гемостатическим материалом;
- минимальное перемещение органа;
- достаточный доступ к почке.

Однако ряд авторов говорят о достоверно более длительном времени ишемии, большем проценте интра- и послеоперационных осложнений (Rassweiler J., 2003, Mahoul B., 2004, Wile A.H., 2004). Время ишемии почки достоверно выше на 9 минут, вероятность осложнений выше в 2,54 раза (Lane B.R., 2008). При этом не существует крупномасштабных исследований, доказывающих идентичность отдаленных результатов лапароскопических и открытых резекций почки (Рекомендации EAU, 2009 г.).

Выводы

Резюмируя все сказанное, необходимо отметить, что при выборе тактики лечения пациента со злокачественной опухолью почки необходимо стремиться к органосохраняющему лечению во всех случаях (Belldegrun A., 1999). При диссеминированном процессе, пусть даже дискутабельным, доводом в пользу органосохраняющего лечения является сохранение функционирующей паренхимы для облегчения проведения последующей лекарственной терапии. В том случае, когда стоит вопрос об открытой резекции почки или лапароскопической нефрэк-



Опухоль 4 см в диаметре, расположенная по периферии в нижнем сегменте.

Применение лапароскопического доступа должно выполняться в специализированных центрах и у тщательно отобранных пациентов. Точная диагностика для предоперационного определения показаний к выполнению лимфаденэктомии и адреналэктомии.

Рисунок 2. «Идеальный» пациент для лапароскопической резекции

томии – вопрос однозначно должен решаться в пользу сохранения органа (рисунки 1, 2).

Таким образом, идеальным пациентом для лапароскопической резекции почки являются больные с размером опухоли до 4 см, располагающейся на периферии или экстра-ренально, предпочтительно в нижнем сегменте. При этом применение лапароскопического доступа должно проводиться в специализированных центрах, которые имеют большой опыт в проведении как лапароскопических, так и открытых вмешательств. Важно проводить точную диагностику, максимально исключив интраоперационные находки, которые могут потребовать расширения вмешательства, например, выполнения адреналэктомии.

Закончить доклад хочется словами Стюарта Бранда, американского писателя: «Когда на нас надвигается новая технология, тот, кто не стал частью парового катка, становится частью мостовой». Применение лапароскопической технологии является обязательной частью оказания помощи онкоурологическим больным, но ее внедрение должно быть максимально обоснованным. ■

Ключевые слова: рак почки, резекция почки, лапароскопическая резекция почки.

Keywords: kidney cancer, partial nephrectomy, laparoscopic partial nephrectomy.



**Ethicon
Endo-Surgery**

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES



Harmonic:
Ультразвуковой скальпель
**Прецизионная диссекция,
управляемая коагуляция**



EnSeal:
Биполярный коагулятор-диссектор
нового поколения
**Латеральное термическое
повреждение всего 1 мм**



Сшивающие аппараты для
открытых и эндоскопических
вмешательств
**Стандарт качества
механического шва**



Троакары и другие
устройства для
эндоскопического доступа
**Максимальные
возможности при
минимально инвазивном
доступе**

ООО «Джонсон & Джонсон»
121614 Россия, Москва, ул. Крылатская, 17, корпус 3
тел.: +7 495 580 77 77 тел/факс: +7 495 580 78 78
www.ethiconendo.com, www.jnj.com