

3. Kwak J.J., Kim T.H., Sung G. Short Term Outcomes of Laparoscopic Radical Cystectomy with an Extracorporeal Ileal Conduit: Comparative Analysis with the Open Method. *J Urol.* 2007; 48(9): 938-944.
4. Stephenson A.J., Gill I.S.: Laparoscopic radical cystectomy for muscle-invasive bladder cancer: pathological and oncological outcomes. *BJU Int* 2008; 102: 1296-1301.

УДК 617-089

© В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, В.И. Баширов, А.В. Егошин, О.А. Новоселова, 2011

В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, В.И. Баширов, А.В. Егошин, О.А. Новоселова
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК И НАДПОЧЕЧНИКОВ
Республиканская клиническая больница республики Марий Эл, г. Йошкар-Ола

Представлен материал о применении лапароскопического доступа в лечении опухолей органов брюшинного пространства у 62 пациентов. Лапароскопическая нефрэктомия проведена 34 больным, средний возраст – 45,5 лет, среднее время операции – 220,5 мин, с ручной ассистенцией – 100,5 мин, кровопотеря – 100 мл. Лапароскопическая резекция почки проведена у 15 больных, средний возраст – 45,4, время операции – 175 мин, кровопотеря – 200 мл, время ишемии – не более 30 минут. Лапароскопическая адреналэктомия выполнена у 15 больных, возраст – 58,5 лет, время операции – 130 мин, кровопотеря – 50 мл. Все больные активизированы на 2 сутки после операции. Осложнений не наблюдали. Средний срок госпитализации составил 6,6 койко-дня после операции. Применение лапароскопического доступа при опухолях органов брюшинного пространства демонстрирует раннюю реабилитацию после операции, хороший косметический эффект и хорошее качество жизни пациентов.

Ключевые слова: лапароскопическая нефрэктомия, лапароскопическая резекция почки, лапароскопическая адреналэктомия.

V.N. Dubovin, A.V. Tabakov, V.I. Bashirov, A.V. Yegoshin, O.A. Novosyelova
LAPAROSCOPIC SURGICAL MANAGEMENT
OF KIDNEY AND ADRENAL GLAND TUMOURS

Laparoscopic radical nephrectomy and kidney resection is recommended now as a method of choice in operative therapy for kidney cancer at the initial stages in specially equipped centers. In treatment of adrenal tumours laparoscopic access all is also widely applied and has shown substantial advantages. We report on our experience of laparoscopic access in extraperitoneal organs tumor management in 62 patients. Laparoscopic nephrectomy has been performed in 34 patients with kidneys tumours, median age – 45.5 (41 - 63), mean in-operation time – 220.5 min, with manual assistance – 100.5 min, blood loss – 100 ml. Laparoscopic resection of kidney – 15, median age 45.4 (42 - 51) years, in-operation time – 175 min, blood loss – 200 ml, ischemic time – less than 30 min. Laparoscopic adrenalectomy was performed in 15 patients of median age – 58.5 (53 - 65), in-operation time – 130 min, blood loss – 50 ml. All patients are transferred on 2 day after the operation in active mode. No postoperative complications were observed. Postoperative hospitalisation was 6.6 (5-8) days. Application of laparoscopic access in extraperitoneal organs tumor management contributes to an early postoperative rehabilitation, fine cosmetic effect and high quality of life.

Key words: laparoscopic nephrectomy, laparoscopic resection of kidney, laparoscopic adrenalectomy.

Лапароскопический доступ активно применяется в лечении опухолей органов брюшинного пространства, почек и надпочечников [1]. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия рекомендуется в настоящее время, как метод выбора оперативного лечения при раке почки начальных стадий в оснащенных центрах [2]. При наличии небольшой опухоли почки, размер которой не превышает 4 см, органосохраняющая операция – резекция почки по абсолютным и элективным показаниям, является методом выбора открытым либо лапароскопическим доступом. В лечении опухолей надпочечников лапароскопический доступ также все шире применяется и демонстрирует существенные преимущества [3].

Материал и методы

Лапароскопическим доступом оперировано 62 пациента. В предоперационном обследовании обязательной была компьютерная томография с контрастированием и 3-мерной реконструкцией для определения локализации

опухоли, расположения и калибра сосудов почечной ножки, выбора наиболее оптимального расположения точек установки троакаров. Операцию на органах брюшинного пространства проводили под общим обезболиванием, с управляемым дыханием и с продолженной перидуральной или интерплевральной анестезией наротином. Больного укладывали в положение «на боку», первый троакар устанавливали «открытым способом» по Хассону. При типичной лапароскопической нефрэктомии использовали 4 троакара. Лапароскопическая нефрэктомия всего выполнена 34 пациентам с опухолями почек, средний возраст – 45,5 (41 – 63), мужчин было 15 (44,1%), женщин 19 (55,9%). В 14 (41,2%) случаях нефрэктомии сопровождали ручной ассистенцией, в этом случае использовали порт (Dextrus), 10 мм троакар для видеокamеры, 10 мм рабочий троакар. У 1 пациента симультантно произведена пульмонэктомия и лапароскопическая нефрэктомия с использованием интраплевральной анальгезии.

Лапароскопическую резекцию почки по поводу опухоли выполнили 15 больным, средний возраст составил 45,4 (42 – 51) года, мужчин было 6 (40,0%), женщин 9 (60,0%). Локализация опухоли у всех больных была в одном из полюсов почки. Операцию проводили в положении больного на боку, во время операции устанавливали 3 – 4 троакара. Резекцию почки проводили при временном пережатии почечной артерии турникетом или сосудистым зажимом, введенным в брюшную полость через троакар или ручной порт, время пережатия не превышало 30 минут. Резекция выполнялась при помощи монополярной коагуляции или холодными ножницами. При вскрытии полостной системы почки, ее дефект отдельно ушивали. Паренхиму почки ушивали рассасывающимся непрерывным швом без применения дополнительных средств гемостаза. С ручной ассистенцией (Dextrus) проведено 8 (53,3%) операций, при этом устанавливали 2 троакара.

Лапароскопическая адrenaлэктомия проведена 13 пациентам с различными опухолями надпочечников, в 7 (53,8%) случаях пользовались ручным портом (Dextrus). Мужчин было 4 (30,8%), женщин – 9 (69,2%), средний возраст – 58,5 (53 - 65). Оценивали время операции, количество интраоперационной кровопотери, наличие интраоперационных осложнений, в послеоперационном периоде - количество наркотических анальгетиков, послеоперационных осложнений.

Результаты

Среднее время лапароскопической нефрэктомии составило 220,5 (180 - 240) минут, с ручной ассистенцией - 100,5 (90 - 120) минут. Кровопотеря наблюдалась в среднем в количестве 100 (50 – 300) мл. Резекция почки лапароскопическим доступом длилась 175 (80

– 240) мин., кровопотеря – 200,0 (50-500) мл, время ишемии почки не превышало 30 минут у всех больных. У 2 больных возникла необходимость ушивать вскрытую полостную систему почки.

Лапароскопическая адrenaлэктомия продолжалась в среднем 130 (110 – 180) минут, кровопотеря составила 50 мл. В 1 (7,7%) случае произведена конверсия у больного с опухолью надпочечника размером более 6 см.

Все пациенты на 2 сутки после операции переведены в активный режим. У всех больных после лапароскопических операций послеоперационных осложнений не наблюдались, раны зажили первичным натяжением. Послеоперационный койко-день составил 6,6 (5 – 8) дня. В послеоперационном периоде наркотические анальгетики требовались в течение 1 суток, чаще всего однократно, позже послеоперационная боль купировалась ненаркотическими препаратами. Сниженная болевая реакция после лапароскопических операций, особенно резекции почки, создавала позитивный настрой пациентов на выздоровление. Наблюдение за больными в отделенном послеоперационном периоде не выявило признаков рецидива заболевания.

Выводы

Видеоэндоскопическое изображение позволяет проводить операцию с хорошим контролем кровотечения, кровопотеря становится незначимой. Операции на органах забрюшинного пространства с ручной ассистенцией более просты и привычны для хирурга, особенно на этапе освоения методики. После проведения органосохраняющих операций наблюдается улучшение психоэмоционального состояния пациентов, связанное с сохранением функции жизненно важного органа.

Сведения об авторах статьи:

Дубровин Василий Николаевич, доктор медицинских наук, заведующий урологическим отделением ГУ «Республиканская клиническая больница» республики Марий Эл, 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33-а, vndubrovin@mail.ru

Табаков Алексей Викторович, врач урологического отделения ГУ «Республиканская клиническая больница» республики Марий Эл, 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33-а.

Баширов Валерий Ильясевич, врач операционного отделения ГУ «Республиканская клиническая больница» республики Марий Эл, 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33-а.

Егошин Александр Вячеславович, врач урологического отделения ГУ «Республиканская клиническая больница» республики Марий Эл, 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33-а.

Новоселова Ольга Александровна, врач отделения анестезиологии и реанимации ГУ «Республиканская клиническая больница» республики Марий Эл, 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33-а.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aron MN, Gill IS Minimally invasive Nephron-sparing surgery for renal tumors // European urology. 2008; Vol. 51, iss.2, P 337 – 347.
2. Berger AD, Kanofsky LA, Malley RL et al Transperitoneal laparoscopic radical nephrectomy large renal masses Urology. 2008; 71:421
3. Transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: the "platinum standart" // European Urology. 2005; Vol.4, iss.3, P.3 - 13