

© А.В.Антонов, 2007  
УДК 616.61-072.1-089.87

А.В.Антонов

## НЕФРЭКТОМИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

ГУЗ «Мариинская больница» (главврач — О.В.Емельянов), Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** эндовидеохирургия, нефрэктомия, лапароскопия, люмбоскопия.

**Введение.** Нефрэктомии посвящено, пожалуй, самое большое количество публикаций по эндовидеохирургии (ЭВХ) в урологии в англоязычной литературе. Проведено сравнение различных доступов и открытой операции [2]. На этапах освоения метода преимущественно применялась лапароскопическая методика [1, 3], сейчас широко используется люмбоскопический доступ [4]. Эта операция применяется с целью удаления больного органа и в качестве операции забора донорской почки для ее трансплантации. Оценить результаты нефрэктомии проще, чем других вмешательств, — не бывает рецидивов и неудовлетворительных результатов, при всех вариантах операции итог один — удаление органа. Для доказательств преимущества одного из вариантов ЭВХ-доступа или открытой операции достаточно оценить только суммарные показатели: осложнения, срок реабилитации, интраоперационную кровопотерю, продолжительность вмешательства и др.

**Материал и методы.** Проведено сравнение результатов 79 нефрэктомий у больных с гидронефрозом и вторично-сморщенной почкой. Больные составили 2 основные группы: 1-я — после операций трансперитонеальным (лапароскопическим) доступом (22 наблюдения) и ретроперитонеальным (люмбоскопическим) доступом (27 наблюдений), в

группу сравнения вошли пациенты после открытых операций (люмботомия) — 30 больных (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что по численности, возрасту и основным заболеваниям группы сходны. Статистически достоверной зависимости вида операции от возраста больных ( $\chi^2=8,50$ ;  $p>0,10$ ), пола ( $\chi^2=1,36$ ;  $p>0,10$ ) и диагноза ( $\chi^2=1,36$ ;  $p>0,10$ ) не выявлено.

Основной особенностью эндовидеоскопической нефрэктомии по сравнению с традиционной является возможность точной хирургической техники, поэтому почечные сосуды перевязываются (клипируются) изолированно, что снижает риск кровотечения. Значительно уменьшается риск повреждения надпочечника, чем при «слепом», мануальном способе выделения почки.

**Результаты и обсуждение.** Непосредственные и отдаленные результаты нефрэктомии различными доступами представлены в табл. 2, обращает на себя внимание большая вариабельность продолжительности операции и наркоза у всех групп пациентов: так, минимальное время выполнения эндовидеохирургической нефрэктомии составило 1 ч 5 мин, а максимальное при открытой операции — 2 ч 20 мин (длительность операции и наркоза определялась с точностью до 5 мин). При статистической обработке отмечены достоверно большая продолжительность эндовидеохирургических операций по сравнению с открытыми и более длительный наркоз.

Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из магистральных сосудов почки при ЭВХ-операциях были в 3 случаях. В двух слу-

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту и заболеваниям

Вид операции	Диагноз	Возраст (лет)								Итого
		до 30		31–40		41–50		старше 50		
		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Лапароскопическая, n=22	ВСП	2	–	1	3	1	–	–	1	8
	Гидронефроз	–	4	2	4	1	2	1	–	14
Люмбоскопическая, n=27	ВСП	1	2	3	–	1	2	4	1	14
	Гидронефроз	1	3	2	1	–	3	2	1	13
Открытая, n=30	ВСП	–	2	2	3	4	1	2	1	15
	Гидронефроз	1	–	3	4	1	3	2	1	15
Всего		5	11	13	15	8	11	11	5	79

Примечание. ВСП — вторично-сморщенная почка.

Таблица 2

## Результаты нефрэктомии различными доступами

Показатель	Лапароскопическая операция (n=22)	Люмбоскопическая операция (n=27)	Открытая операция (n=30)
Длительность операции, мин	120±7,6 t=3,03; p<0,004	140±7,7 t=5,03; p<0,001	90±6,4
Длительность наркоза, мин	130±7,8 t=1,96; p=0,055	150±7,9 t=3,91; p<0,001	90±6,4
Интраоперационная кровопотеря, мл	87	147	374
Интраоперационные осложнения	3	0	1
Осложнения раннего периода	0	0	1
Осложнения позднего периода	0	0	2
Послеоперационный койко-день	4±1,1 t=3,01; p<0,004	4±1,2 t=3,08; p<0,003	10±1,5
Период полной реабилитации, дни	10±1,7 t=10,83; p<0,001	10±1,9 t=11,27; p<0,001	50±2,9
Конверсии	2	3	—

чаях удалось лигировать кровоточащий сосуд, используя возможности ЭВХ-метода, в одном — выполнена конверсия доступа. Еще у 4 больных пришлось прибегнуть к конверсии из-за непреодолимых технических трудностей и невозможности достичь цели операции выбранным методом. Во время одной открытой операции также возникло кровотечение, которое успешно ликвидировано.

В одном случае после открытой операции в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение из острой язвы желудка, которое остановлено фиброгастроскопически.

После открытой нефрэктомии у 2 больных образовались послеоперационные вентральные грыжи.

Результаты анализа подтверждают теоретические рассуждения, лишь конкретизируя их, длительность ЭВХ-вмешательства больше, чем открытой операции, а существенной разницы между трансперитонеальным и ретроперитонеальным доступом по этому показателю нет. Не выявлено значимой разницы между различными вариантами ЭВХ-доступа и по другим параметрам, характеризующим инвазивность вмешательства.

При сравнении результатов традиционной и ЭВХ-нефрэктомии выявлена существенная разница по объему кровопотери и, что самое главное, статистически достоверные различия по длительности пребывания больного в стационаре и срокам выздоровления в пользу ЭВХ-метода.

Послеоперационный период после ЭВХ-вмешательств протекает легче, чем после традиционных операций. Больные не требуют назначения наркотических анальгетиков, встают на следующий день после операции.

В связи с тем, что удаляется нефункционирующий орган, который является хроническим

очагом инфекции, источником интоксикации и (иногда) причиной гипертонии, у пациентов улучшается самочувствие сразу после операции. При открытых вмешательствах эти явления нивелируются болями в области раны, затруднениями при дыхании, вздутием живота и другими характерными для послеоперационного периода явлениями.

**Выводы.** 1. Существенных различий результатов нефрэктомии, выполненных различными вариантами ЭВХ-доступа, нет.

2. Эндовидеохирургический доступ при нефрэктомии является альтернативой люмботомии.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Троицкий О.А., Романов В.А. Лапароскопическая нефрэктомия у больного с паренхиматозной формой нефрогенной гипертонии // Урол. и нефрол.—1996.—№ 2.—С. 8–11.
2. Fornara P., Zacharias M., Steinacker M. Laparoscopic vs. open nephrectomy. 10 years' results of a nonrandomized comparative study of 549 patients with benign kidney diseases // Urologe.—2003.—Vol. 42, № 2.—P. 197–204.
3. Kerbl K., Clayman R.V., McDougall E.M., Kavoussi L.R. Laparoscopic nephrectomy // Brit. Med. J.—1993.—Vol. 307, № 6917.—P. 1488–1489.
4. Kerbl K., Figenshau R.S., Clayman R.V. et al. Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy: laboratory and clinical experience // J. Endourol.—1993.—Vol. 7, № 1.—P. 23–26.

Поступила в редакцию 30.01.2007 г.

A.V. Antonov

## NEPHRECTOMY BY AN ENDOVIDEOSURGICAL ACCESS

The results of nephrectomy for hydronephrosis and arteriosclerotic kidney by open (30), laparoscopic (22) and lumboscopic (27) accesses were compared. The advantages of the endovideosurgical method of operation were statistically proved by the indices of invasiveness of surgery. No difference between the transperitoneal and retroperitoneal accesses in nephrectomy was found.