

*Сведения об авторах статьи:*

**Глыбочко Петр Витальевич**, член-корр. РАМН, д.м.н., директор НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, Москва, 119991, Большая Пироговская дом 2 стр. 1  
**Аляев Юрий Геннадиевич**, член-корр. РАМН, д.м.н., заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, 119991, Большая Пироговская дом 2 стр. 1  
**Винаров Андрей Зиновьевич**, д. м.н., профессор, заместитель директора директор НИИ уронефрологии и репродуктивно-го здоровья человека, Москва, 119991, Большая Пироговская дом 2 стр. 1  
**Демидко Юрий Леонидович**, д.м.н., заведующий кабинетом уродинамической диагностики клиники урологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, 119991, Большая Пироговская дом 2 стр. 1, e-mail: demidko1@mail.ru

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Corey E Brown LG, Quinn JE Zoledronic acid exhibits inhibitory effects on osteoblastic and osteolytic metastases of prostate cancer [Журнал]. - 2003 г. - 295-306 : Т. 9.
2. Diel I.J, Fogelman I., Al-Nawas B., Hoffmeister B., Migliorati C., Gligorov J., Väänänen K., Pylkkänen L., Pecherstorfer M., Aapro M.S. Pathophysiology, risk factors and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: Is there a diverse relationship of amino- and non-aminobisphosphonates? [Статья] // Crit Rev Oncol Hematol. - 2007 г. - Dec;64(3):198-207..
3. Heidenreich A. Bolla M. , Joniau S., Mason M.D. , Matveev V., Mottet N., Schmid H-P. , van der Kwast T.H., Wiegel T., Zattoni F. Guidelines on Prostate Cancer [Доклад]. - [б.м.] : European Association of Urology, 2010.
4. Heidenreich A. Elert A., Hofmann R. Ibandronate in the treatment of prostate cancer associated painful osseous metastases [Статья] // Prostate Cancer Prostatic Dis . - 2002 г. - 5(3):231-5..
5. Heidenreich A. Hofmann R., Engelmann U.H. The use of bisphosphonate for the palliative treatment of painful bone metastasis due to hormone refractory prostate cancer. [Статья] // J Urol. - 2001 г. - Jan;165(1):136-40..
6. Kanis J.A. O'Rourke N., McCloskey E. Consequences of neoplasia induced resorption and the use of clodronate (Review) [Статья] // Int. J. Oncol. - 1994 г. - 713-731 : Т. 5.
7. Patel S. Lyons A.R., Hosking D.J. Drugs used in the treatment of metabolic bone disease. Clinical pharmacology and therapeutic use. [Статья] // Drugs. - 1993 г. - Oct;46(4):594-617..
8. Russell R.G. Croucher P.I., Rogers M.J. Bisphosphonates: pharmacology, mechanisms of action and clinical uses [Статья] // Osteoporos Int. - 1999 г. - 9 Suppl 2:S66-80.
9. Константинова М. М. новые поддреживающие средства (противорвотные, бисфосфонаты, колониестимулирующие факторы) [Статья] // Практическая онкология. - С-Пб : [б.н.], 2002 г. - Т. 3 С.309-319.
10. Кушлинский Н.Е. Любимова Н.В. Бисфосфонаты в лечении метастазов рака предстательной железы в кости [Раздел книги] // Рак предстательной железы / авт. книги Под редакцией Н. Е. кушлинского Ю. Н. Соловьева, М. Ф. Трапезниковой. - Москва : РАМН, 2002.
11. Моисеенко В. М. Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей [Раздел книги] // Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / авт. книги Под редакцией В. М. Моисеенко А. Ф. Урманчевой, К. П. Хансона. - Санкт-Петербург : Издательство Н-Л, 2004.

УДК 617-089

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

В.Н. Дубровин, А.В. Табаков, А.В. Егошин, В.И. Баширов  
**ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ЭНТЕРОПЛАСТИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИ-ДОСТУПА**

*ГУ Республиканская клиническая больница республики Марий Эл, г. Йошкар-Ола*

В статье представлен материал о методе формирования ортотопического кишечного мочевого пузыря при помощи минилапаротомии. Проанализированы результаты лечения 11 мужчин среднего возраста 57,5 (51 – 67) лет, которым была выполнена лапароскопическая радикальная цистэктомия по поводу рака мочевого пузыря T2N0M0 G1-2. Операция выполнялась в 2 этапа: лапароскопическая радикальная цистэктомия и малоинвазивная лапаротомия (длина разреза 4 – 5 см), при которой с помощью специальных инструментов и освещения выполняли кишечную пластику по Studer. Среднее время операции составило 505 (430 - 570) мин, кровопотеря составила в среднем 300 мл. Наблюдали 2 ранних послеоперационных осложнения – несостоятельность кишечного – уретрального анастомоза (длительное дренирование), несостоятельность мочеточниково – кишечного анастомоза (релапаротомия, реанастомоз) и 1 позднее осложнение – стриктуру кишечного – уретрального анастомоза (эндоскопическое рассечение). В послеоперационном периоде у всех больных функция кишечника восстановилась на 2 сутки. Дренажи мочеточников удалены на 14 сутки, уретральный – на 16 сутки, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Результаты демонстрируют, что экстарперитонеальная ортотопическая кишечная пластика через мини-доступ после лапароскопической радикальной цистэктомии является эффективным методом.

**Ключевые слова:** лапароскопическая радикальная цистэктомия, экстарперитонеальная ортотопическая кишечная пластика, мини-лапаротомия.

V.N. Dubovin, A.V. Tabakov, A.V. Yegoshin, V.I. Bashirov  
**ORTHOTOPIC NEOBLADDER AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY  
WITH LOW-INVASIVE LAPAROTOMY**

We report on results of a low-invasive laparotomy method and extraperitoneal orthotopic neobladder formation following laparoscopic cystectomy. Management outcomes of 11 patients with mean age of 57.5 (51 – 67) who underwent a laparoscopic cystectomy in our hospital have been analysed. All the patients were male. The stage of cancer was T2N0M0 G1-2. The procedure consist of two stages: 1 - laparoscopic mobilization of the bladder, ureters, prostate gland and vesicles; 2 – low invasive laparotomy (length 4 – 5 cm) with special instrumentation and illumination, extraction of the bladder and formation of the neobladder by application of Studer's method. The mean time of procedure was 505 (430 – 570) min. Blood loss was 300 ml. There were 2 early postoperative complications - vesico-urethral leakage - 1 (relaparotomy) and 1 later – pouch - urethral anastomotic stricture (endoscopic incision). Function of intestines was restored on the 2d day. Drainages of the ureters were removed on the 14th day, urethral catheters – on the 16th day; independent urination is restored. The results indicate that extraperitoneal orthotopic neobladder with using our low-

invasive laparotomy method following laparoscopic cystectomy has proved to be an effective surgical method, posing a good alternative to an open surgery.

**Key words:** laparoscopic radical cystectomy, extraperitoneal orthotopic neobladder, low-invasive laparotomy.

В последние годы наблюдается тенденция к внедрению малоинвазивных методов оперативного лечения рака мочевого пузыря, таких как лапароскопическая цистэктомия интра- или экстракорпоральным созданием ортотопического искусственного мочевого пузыря [1-4].

#### Материал и методы

В республиканской больнице республики Марий Эл 11 мужчинам, среднего возраста 57,5 (51 – 67) лет, с диагнозом рак мочевого пузыря T2N0M0 выполнена операция лапароскопическая цистэктомия с экстракорпоральной кишечной пластикой через мини-доступ по Studer. Операция проводилась отобранным пациентам без лишнего веса, в анамнезе у которых не было повторных операций на органах брюшной полости и не имеющих противопоказаний к длительной лапароскопической операции.

Под общей и продленной перидуральной анестезией выполнена лапароскопия, с использованием 5 троакаров произведена лимфодиссекция, мобилизация мочеточников, мочевого пузыря, простаты, семенных пузырьков. Далее при помощи специальных инструментов и освещения операционного поля производили нижнесрединную мини-лапаротомию (длина разреза 4 - 5см), мочевой пузырь с предстательной железой, семенными пузырьками удаляли. Через мини – доступ в рану выводили петлю тонкой кишки, выделяли сегмент для кишечной пластики мочевого пузыря, после наложения межкишечного анастомоза и восстановления проходимости кишечника погружали в брюшную полость. Выделенный сегмент рассекали и формировали кишечный резервуар по Studer, его погружали в брюшную полость и накладывали мочеточниково-кишечные анастомозы с нерассеченным участком кишечного резервуара, мочеточники дренировали катетерами – стентами, которые выводили через отверстие в стенке

резервуара, предназначенное для анастомоза с уретрой. Накладывали кишечно-уретральный анастомоз, по уретре выведены катетер Фолея и мочеточниковые дренажи.

#### Результат

Время операции составило 505 (430 – 570) минут, кровопотеря во время операции в среднем - 300 мл. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, стимуляция перистальтики кишечника, с целью обезболивания в течение 2 суток проводилось продленная перидуральная анестезия, далее назначение наркотических анальгетиков требовалось еще в течение 2 суток, перистальтика кишечника восстановилась на 2 сутки. Дренажи мочеточников удалены на 14 сутки, катетер Фолея – на 16 сутки после операции. У 1 пациента наблюдалось послеоперационное осложнение – несостоятельность кишечного резервуара, ликвидированное длительным уретральным дренированием. У 1 пациента развилась несостоятельность мочеточниково-кишечного анастомоза, что потребовало релапаротомии и повторной уретероэнтеростомии. В отдаленные сроки у 1 пациента развилась стриктура уретрокишечного анастомоза, после выполнения ТУР стриктуры восстановлено адекватное мочеиспускание. У всех пациентов после восстановления самостоятельного мочеиспускания сохранилась функция удержания мочи.

#### Выводы

Лапароскопическая цистэктомия с ортотопической кишечной пластикой через мини-доступ является эффективным методом лечения инвазивного рака мочевого пузыря и формирования ортотопического резервуара экстракорпоральным методом, который сохраняет преимущества малоинвазивной операции, послеоперационный период протекает более благоприятно по сравнению с «открытой» операцией.

#### 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

**Табакон Алексей Викторович**, врач урологического 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.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Abdel-Hakim A. M., Bassiouny F., Abdel Azim M. S. et al. Laparoscopic Radical Cystectomy with Orthotopic Neobladder; Journal of Endourology. 2004;16(6): 377-381.
2. Puppo P. et al. Surgery Insight: Advantages and Disadvantages of Laparoscopic Radical Cystectomy to Treat Invasive Bladder Cancer. Nat Clin Pract Urol. 2007;4(7):387-394.

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. Дубовин, А.В. Табаков, В.И. Баширов, А.В. Егошин, О.А. Новоселова, 2011

В.Н. Дубовин, 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.