

К.Г. Султанов<sup>1</sup>, А.Ю. Одилов<sup>2</sup>, З.А. Кадыров<sup>1</sup>  
**ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ  
 И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ  
 И НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

<sup>2</sup>Республиканский клинический центр «Урология» МЗ РТ, г. Душанбе

В статье обобщены результаты анализа данных обследования и лечения 104 пациентов после традиционных и ретроперитонеоскопических нефрэктомий. Отдаленные послеоперационные осложнения после традиционных и ретроперитонеоскопических нефрэктомий отмечались у 21 (60,0 %) и у 4 (7,6 %) больных соответственно. Проведенные клинические исследования показали, что ретроперитонеоскопическая нефрэктомия значительно улучшает результаты оперативного лечения больных и может быть методом выбора и ценной альтернативой традиционной открытой нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек.

**Ключевые слова:** открытая нефрэктомия, ретроперитонеоскопическая нефрэктомия и нефроуретерэктомия, ближайшие и отдаленные осложнения.

K.G. Sultanov, A.Yu. Odilov, Z.A. Kadyrov

**REMOTE COMPLICATIONS OF TRADITIONAL AND RETROPERITONEOSCOPIC  
 NEPHRECTOMY AND NEPHROURETERECTOMY**

The article summarizes the results of examination and treatment of 104 patients after traditional (open) and retroperitoneoscopic nephrectomies. Remote complications after traditional and retroperitoneoscopic nephrectomies were observed in 21 (60%) and 4 (7.6%) cases respectively. Clinical investigations showed that retroperitoneoscopic nephrectomy significantly improves the results of surgical treatment and it can be chosen as a valuable alternative for traditional open nephrectomy in treatment of benign kidney diseases.

**Key words:** open nephrectomy, retroperitoneoscopic nephrectomy and nephroureterectomy, immediate and remote complications.

Ретроперитонеоскопические операции постепенно становятся стандартом в лечении ряда урологических заболеваний, вытесняя традиционные операции. Главными преимуществами ретроперитонеоскопической нефрэктомии перед традиционным открытым способом являются косметический эффект, короткий послеоперационный период и быстрое возвращение больных к обычной жизни [1–4]. На сегодняшний день в зарубежной литературе описано множество различных осложнений при ретроперитонеоскопическом методе удаления почки, особенно на этапе внедрения метода [2; 4–8]. В то же время у пациентов, перенесших ретроперитонеоскопическую нефрэктомию, в доступной нами отечественной литературе данный показатель не изучался.

Целью данного исследования явился анализ отдаленных осложнений после традиционной и ретроперитонеоскопической нефрэктомий.

**Материал и методы.** Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 104 пациентов на кафедре эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН на базе 3 городских клиник г. Москвы и НИИ Урологии РФ.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, свертывающую систему крови,

биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, электролиты), микробиологическое исследование мочи и чувствительность к антибиотикам, проводили гистохимическое исследование стенки удаленной почки, УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, динамическую нефросцинтиграфию и радиоизотопную ренографию, доплерографию и ангиографию сосудов почек по показаниям.

Всем больным, с различными доброкачественными заболеваниями почек, которые находились под нашим наблюдением с 2003 по 2011 гг., выполнили нефрэктомию. Основную группу составили 64 больных, которым выполнена ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, а контрольную – 40 больных, у которых с 2004 по 2010 гг. ретроспективно проанализирован традиционный метод – открытая нефрэктомия. Возраст больных варьировал от 18 до 83 лет и составлял в среднем  $56,4 \pm 6,22$  года. Среди оперированных было 56 мужчин и 48 женщин. Наиболее часто страдали лица трудоспособного возраста – максимальное количество больных (87) было в возрасте от 18 до 50 лет, что составило 83,7 %.

**Результаты и обсуждение.** 64 (61,5%) больным произведена операция нефрэктомия ретроперитонеоскопическим методом, из них

3 больным выполнена нефроуретерэктомия и 3 – геминефроуретерэктомия. У 40 (38,5%) больных почки удалены традиционным методом, среди них 6 пациентам выполнили нефроуретерэктомию и 2 – геминефроуретерэктомию.

Все операции были выполнены под эндотрахеальным обезболиванием. Открытые операции проводили традиционным люмботомным доступом. У 8 больных нефроуретерэктомию выполняли из 1 или 2 доступов. Ретроперитонеоскопические операции осуществляли под общим обезболиванием в положении больного на здоровом боку.

Отдаленные результаты операции оценивали по наличию или отсутствию послеоперационной грыжи, нарушения кожной чувствительности в области послеоперационного рубца, болевой симптоматики на стороне операции. Отдаленные результаты прослежены у 52 (78,5%) пациентов после нефрэктомии ретроперитонеоскопическим доступом до 5 лет и у 35 (88%) пациентов, перенесших операцию традиционным способом, в те же сроки наблюдения (табл. 1).

У 1 пациента после традиционной нефроуретерэктомии через 6 месяцев была диагностирована эмпиема культи н/з моче-

точника, которая потребовала оперативного лечения.

У пациентов, перенесших операцию ретроперитонеоскопическим способом, отмечали небольшие послеоперационные рубцы на коже поясничной области, которые у 2 (3,8%) больных вызывали периодическую ноющую боль при физической нагрузке и у 2 (3,8%) нарушение кожной чувствительности, в области послеоперационного рубца. Нарушения, которые были выявлены при осмотре и определении кожной, болевой и тактильной чувствительности не доставляли страдания пациентам и не вызывали у них жалоб.

У 10 (28,5%) пациентов, перенесших операцию традиционным способом, кроме отчетливого рубца в поясничной и подвздошной областях имелись различной степени выраженности нарушения кожной чувствительности ниже рубца и у 8 (22,8%) боль, которая вызывала чувство дискомфорта. Это можно объяснить тем, что во время доступа пересекаются мелкие чувствительные нервные ветви. При обследовании пациентов после ретроперитонеоскопических операций нарушения кожной чувствительности и боль были незначительные по сравнению с больными после традиционной операции.

Таблица

Отдаленные послеоперационные осложнения после традиционных и ретроперитонеоскопических нефрэктомий и нефроуретерэктомии

Осложнения	Метод операции			
	ТН и ТНУ (n=35)		ТН и ТНУ (n=52)	
	абс.	%	абс.	%
Боли в области послеоперационной раны	8	22,8	2	3,8
Нарушение кожной чувствительности в области послеоперационного рубца	10	28,5	2	3,8
Эмпиема культи н/з мочеточника	1	2,8	–	–
Послеоперационная грыжа	2	5,5	–	–
Всего...	21	60,0	4	7,6

У 2 (5,5%) больных после ТН диагностирована послеоперационная вентральная грыжа, которая потребовала постоянного ношения бандажа, больные воздержались от операции. У 3 (7,8%) больных выявлена деформация живота на стороне операции. При люмботомии можно нанести не только травму непосредственно мышцам тела, но и пересечь мышечные нервы, что приведет к слабости и атрофии мышц. Это является причиной деформации живота в послеоперационном периоде и как крайняя степень – образование послеоперационных вентральных грыж, а ретроперитонеоскопический доступ лишен

этого недостатка.

**Заключение.** Таким образом, серьезные отдаленные осложнения после традиционных и ретроперитонеоскопических вмешательств отсутствуют, однако после традиционной нефрэктомии процент осложнений достоверно выше. По нашим данным, проведение нефрэктомии ретроперитонеоскопическим способом значительно улучшает результаты оперативного лечения больных и может быть методом выбора и ценной альтернативой традиционной открытой нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек.

*Сведения об авторах статьи:*

**Султанов Константин Георгиевич** – аспирант эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21. E-mail: kostyn@mail.ru

**Одильов Амнджон Юсупович** – заместитель директора Республиканского клинического центра «Урология» г. Душанбе. E-mail: dr.odilov-a@mail.ru

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21. E-mail: zieratsho@yandex.ru.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Chueh S.C. Simple nephrectomy by retroperitoneoscope / S.C. Chueh [et al.] // J. Formos Med. Assoc. – 1996. – V. 95, № 6, – P. 487-9.
2. Hemal A.K. Comparison of retroperitoneoscopic nephrectomy with open surgery for tuberculous nonfunctioning kidneys / A.K. Hemal [et al.] // J. Urol. – 2000. – V. 164, № 1. – P. 32-5.
3. Степанов В.Н. Лапароскопическая нефрэктомия / В.Н. Степанов, З.А. Кадыров // Атлас лапароскопических операций в урологии. – М., 2001. – С. 60-66.
4. Gupta N.P. Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign nonfunctioning kidneys? An outcome analysis based on experience with 449 cases in a 5-year period / N.P. Gupta [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 4, Pt.1, – P. 1411-3.
5. Rassweiler J.J. Retroperitoneoscopy-experiences with the first cases / J.J. Rassweiler [et al.] // Chirurg. – 1998. – V. 69, № 6, – P. 604-12.
6. McAllister M. Vena caval transection during retroperitoneoscopic nephrectomy: report of the complication and review of the literature / M. McAllister [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 1, – P. 183-5.
7. Kusaka J. Pneumothorax during retroperitoneoscopic nephrectomy: a case report / J. Kusaka [et al.] // Masui. – 2004. – V. 53, № 12, – P. 1411-3.
8. Liapis D. Analysis of complications from 600 retroperitoneoscopic procedures of the upper urinary tract during the last 10 years / D. Liapis [et al.] // World. J. Urol. – 2008. – V. 26, – № 6, – P. 523-30.

УДК 616.6:618.11/14-007.44-089  
© Н.И. Тарасов, А.С. Шульгин, 2013

Н.И. Тарасов, А.С. Шульгин  
**КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ  
ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН**

*ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, г. Челябинск*

Цель исследования – изучить частоту и характер симптомов со стороны нижних и верхних мочевых путей у пациенток с пролапсом тазовых органов и оценить эффективность их коррекции с помощью реконструкции тазового дна по MESH-методике.

В исследовании участвовало 87 женщин, больных пролапсом тазовых органов III и IV стадий, которым проводилась трансвагинальная реконструкция тазового дна с использованием систем сеток – протезов. В динамике оценивались клинические проявления заболевания, лабораторные показатели, ультразвуковые данные и показатели урофлоуметрии.

В результате исследования установлено, что для пролапса тазовых органов у женщин в III и IV стадиях характерно нарушение функции нижних и верхних мочевых путей. Трансвагинальная реконструкция тазового дна с использованием синтетических сеток – протезов позволяет получить не только хорошие анатомические результаты, но и восстановить уродинамику нижних и верхних мочевых путей и как следствие снизить частоту осложнений инфекционно – воспалительного характера.

**Ключевые слова:** пролапс тазовых органов, реконструкция тазового дна, урофлоуметрия.

N.I. Tarasov, A.S. Shulgin  
**CORRECTION OF URINARY TRACT FUNCTIONS IN WOMEN  
WITH URINARY PROLAPSE**

The goal of the investigation was to study the incidence and the character of lower and upper urinary tract symptoms in patients with pelvic organ prolapse and to evaluate the effectiveness of their correction with the help of pelvic floor reconstruction using MESH technique.

87 women with urinary prolapse of the III and IV stages were included into the investigation. The patients were performed transvaginal pelvic floor reconstruction using systems of mesh-prostheses. Dynamics of clinical manifestations, laboratory findings, ultrasound examination results and uroflowmetry readings were assessed.

As a result of the study it is determined that in women pelvic floor prolapse of the III and IV stages is characterized by lower and upper urinary tract dysfunction. Transvaginal reconstruction of pelvic fundus with synthetical mesh-prostheses allows to obtain not only good anatomical results but also to restore lower and upper urinary tract urodynamics and accordingly to decrease the rate of infectious and inflammatory complications.

**Key words:** pelvic organ prolapse, reconstruction of the pelvic floor, uroflowmetry.

Пролапс тазовых органов наблюдается у 50% женщин после родоразрешения естественным путем, в 10-20% случаев в стадии, требующей оперативного лечения [1-3].

Это состояние резко нарушает качество жизни и социальную адаптацию женщин, в том числе и в интимной сфере [4-8].

Наряду с этим ухудшение качества жизни усугубляют симптомы со стороны нижних мочевых путей: недержание мочи при напряжении, болезненность при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, ноктурия,

чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. При IV стадии пролапса гениталий наиболее характерным является затруднённое мочеиспускание, вплоть до полной его задержки. Механизм этого явления обусловлен повышением внутриуретрального и запирающего давления при расположении половых органов за пределами входа во влагалище.

Изменение нормального положения мочевого пузыря часто приводит к появлению остаточной мочи в мочевом пузыре, наруше-