

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А. Нефроптоз / Н.А. Лопаткин, Е.Б. Мазо // Оперативная урология. – Л.: Медицина, 1986. – С. 25-28.
2. Андрейчиков А.В. Нефроптоз: нейрогуморальные (иммунологические) аспекты проблемы / А.В. Андрейчиков // Сиб. мед. журн. – 2000. – №1. – С. 39-42.
3. Буцких А.Н. Лапароскопическое лечение нефроптоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2009. – 24 с.
4. Пучков К.В. Нефропексия с применением полипропиленового имплантата лапароскопическим доступом: клинико-экспериментальное исследование / К.В. Пучков, В.Б. Пучков, Р.В. Васин, И.В. Васин // Урология. – 2008. - №2. – С. 3-8.
5. Golab A. Retroperitoneoscopic nephropexy in the treatment of symptomatic nephroptosis with 2 – point renal fixation /A. Golab, M. Słojewski, B. Gliniewicz et al. // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2009 Aug; 19 (4): 356 – 9.
6. Baldassarre E. Robotic nephropexy in case of symptomatic nephroptosis /E. Baldassarre, P. Marcangeli, M.Vigano //Arch Ital Urol Androl. 2011 Sep;83(3):160-2.
7. Tsai Y.C. Lin VC, Chung SD. Ergonomic and geometric tricks of laparoendoscopic single-site surgery (LESS) by using conventional laparoscopic instruments/ Y.C. Tsai, V.C Lin, S.D. Chung // Surg Endosc. 2012 Sep;26(9):2671-7. Epub 2012 Mar 22.

УДК 616.61-006.6-0.89.87-072.1
© О.И. Кит, С.Н. Димитриади, 2013

О.И. Кит, С.Н. Димитриади
**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ
МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ**
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону*

Выполнено 22 лапароскопические резекции почки (ЛРП) по поводу почечно-клеточного рака стадии T1. Во всех случаях использовалась методика тепловой ишемии почки (ТИП). В основную группу вошли 12 (54,5%) больных, которым в процессе ЛРП была вскрыта полостная система почки. Этим больным была выполнена модифицированная ЛРП, суть которой состояла в исключении отдельного ушивания вскрытой полостной системы, что позволило сократить время ТИП. На паренхиму накладывались гемостатические швы с использованием техники «скользящих клипс». В контрольную группу вошли 10 (45,5%) больных, которым полостная система почки не вскрывалась. Средний возраст больных основной и контрольной групп составил 59,3±10,6 года и 52,5±11,7 года, средний размер опухоли – 39,3±7,5 мм и 39,5 ±7,5 мм, средняя сумма баллов по шкале RENAL – 7,6±1,2 баллов и 6,8±0,9 баллов, средняя продолжительность тепловой ишемии почки – 12,6±2,3 мин. и 11,3±3,1 мин, средний объем кровопотери – 207,5±237,9 мл и 97±32,7 мл соответственно. Использование предлагаемой модификации позволяет сократить продолжительность ТИП и расширить показания к ЛРП.

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

O.I. Kit, S.N. Dimitriadi
**CLINICAL EFFECTIVENESS ASSESSMENT OF MODIFIED METHOD
OF LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY**

22 laparoscopic partial nephrectomy (LPN) was performed on T1 stage renal cell carcinoma (RCC) patients. In all patients warm ischemia method was used. Main group consisted of 12 patients (54.5%) whose pelvicaliceal system (PCS) of the kidney was opened during LPN. These patients underwent LPN modification, which consisted of excluding of separate PCS suture repair of the kidney after tumor excision. This technique allowed reducing WIT. Tumor bed excision was sutured using “sliding clip” technique. Control group consist of 10 (45.5%) patients whose PCS were not opened during LPN. Mean age in the main and control groups was 59.3+10.6 (range 42-77) and 52.5 +11.7 (range 33-68), mean tumor size – 39.3+7.5 mm (range 29-57) and 39.5 + 7.5 mm (range 25-52), mean RENAL nephrometry sum - 7.6+1.2 (range 6-10) and 6.8+0.9 (range 5-8), mean WIT – 12.6+2.3 min.(range 9-16) and 11.3+3.1 (range 6-15), mean blood loss – 207.5+237.9 ml (range 50-800) and 97+32.7 ml (range 50-150) respectively. Using of modified technique of LPN reduces warm ischemia time and expands indications to LPN.

Key words: renal cancer, laparoscopic partial nephrectomy, warm ischemia time

Современным стандартом хирургического лечения опухолей почки менее 4 см является резекция почки [1,2,3,4,5]. С накоплением мирового опыта лапароскопических операций появились нефрометрические шкалы (RENAL, PADUA), позволяющие стандартизировать показания к лапароскопической резекции почки (ЛРП) [6,7]. Зачастую выполнение ЛРП с умеренной и высокой суммой баллов по показателю RENAL возможно только с использованием методики тепловой ишемии почки (ТИП). Продолжительность ТИП при резекции почки определяет состояние почечной функции в послеоперационном периоде [8]. В связи с этим сокращение продолжительности ТИП является одной из ос-

новных задач хирурга, стремящегося к сохранению почечной функции после резекции почки. Целью настоящей работы является оценка клинической эффективности модифицированной методики лапароскопической резекции почки.

Материал и методы. С февраля по декабрь 2012 г. выполнено 22 лапароскопические резекции почки (ЛРП) по поводу почечно-клеточного рака (ПКР) стадии T1. Использовался трансперитонеальный доступ. Во всех случаях использовалась методика ТИП. Ее создавали путем компрессии почечных сосудов зажимом, после чего ножницами иссекали образование. В 12 (54,5%) случаях была вскрыта полостная система почки. Этим

большим была выполнена модифицированная ЛРП, суть которой состояла в исключении отдельного ушивания вскрытой полостной системы, что позволило сократить время ТИП. На паренхиму накладывались гемостатические швы с использованием техники «скользящих клипс» без использования дополнительных гемостатических материалов. 10 (45,5%) больных составили контрольную группу, которым полостная система почки не вскрывалась.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных основной и контрольной групп составил $59,3 \pm 10,6$ года (42-77) и

$52,5 \pm 11,7$ года (33-68). Опухоли у вошедших в основную и контрольную группы больных имели сходные морфометрические характеристики (средний размер опухоли – $39,3 \pm 7,5$ мм (29-57) и $39,5 \pm 7,5$ мм (25-52)). При этом у вошедших в основную группу больных были более сложные, с точки зрения резектабельности, опухоли, что нашло отражение в нефрометрической оценке по шкале RENAL (см. таблицу). Более сложный характер опухолей у больных основной группы обусловил несколько большую продолжительность ТИП при проведении резекции почки и больший объем кровопотери.

Таблица

Характеристики больных основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа больных	Контрольная группа больных
Средний возраст, лет	$59,3 \pm 10,6$ лет (42-77)	$52,5 \pm 11,7$ (33-68)
Средний размер опухоли, мм	$39,3 \pm 7,5$ (29-57)	$39,5 \pm 7,5$ (25-52)
Средняя сумма баллов по шкале RENAL	$7,6 \pm 1,2$ (6-10)	$6,8 \pm 0,9$ (5-8)
Средняя продолжительность ТИП, мин	$12,6 \pm 2,3$ (9-16)	$11,3 \pm 3,1$ (6-15)
Средний объем кровопотери, мл	$207,5 \pm 237,9$ (50-800)	$97 \pm 32,7$ (50-150)

У всех 12 больных основной группы дефект полостной системы был менее 2 см. В одном случае с суммой баллов 10 по шкале RENAL была выполнена конверсия, одна почка потеряна из-за сложности резекции.

Средний срок наблюдения составил $5,4 \pm 3,1$ мес. (1-10). Интраоперационные кровотечения возникли у 2 больных основной группы. Случаев пассажа мочи по страховым дренажам, отсроченных кровотечений, нарушения почечной функции в раннем и позднем послеоперационном периодах у наших больных не отмечено. По данным гистологического исследования во всех случаях был диагностирован почечно-клеточный рак; миграции стадии не отмечено. Во всех случаях хирургический край резекции был отрицательным.

Заключение. Таким образом, использование модифицированной методики ЛРП позволило выполнять сложные резекции почки (с суммой баллов до 10 по шкале RENAL) на фоне продолжительности ТИП, достоверно не отличающейся ($p=0,334$ Mann-Whitney U-test) от длительности более простых ЛРП (без вскрытия полостной системы). Относительно небольшая продолжительность ТИП объясняет отсутствие нарушения почечной функции в послеоперационном периоде. Мы полагаем, что тщательное ушивание ложа резецированной опухоли с использованием техники «скользящих клипс» при дефектах полостной системы менее 2 см безопасно с точки зрения развития мочевых свищей. Использование предложенной модификации ЛРП позволит расширить показания к ЛРП.

Сведения об авторах статьи:

Кит Олег Иванович – профессор, директор ФГБУ РНИОИ Минздрава России. Адрес: 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-линия, 63. Тел. +7863300-30-05. E-mail: onko-sekretar@mail.ru

Димитриади Сергей Николаевич – к.м.н., врач-уролог ФГБУ РНИОИ Минздрава России. Адрес: 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-линия, 63. Тел. +79282791790. E-mail: dimitriadi@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, Б.Я. Лапароскопическая резекция почки / Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, В.А. Поляков // Российский онкологический журнал. – 2006. – №6. – С. 16-20.
2. Матвеев, В.Б. Роль лапароскопической хирургии в лечении опухолей почки / Матвеев В.Б., Комаров И.Г., Алексеев Б.Я., Медведев В.Л. [и др.] // Онкоурология, – 2005. – №3. – С. 14-17.
3. Клиническая онкоурология / под ред. Б.П. Матвеева. – М.: ООО «Издательский дом «АБВ-пресс». – 2011. – С. 76-77.
4. Янковская, И.Е. Лапаро- и ретроперитонеоскопическая резекция почки / И.Е.Янковская, О.В.Теодорович, Э.А. Галлямов, Н.Б. Забродина // Урология. – 2011. – №3. – С. 43-47.
5. Ficarra V., Novara G., Secco S. Preoperative aspects and dimensions used for an anatomical (PADUA) classification of renal tumours in patients who are candidates for nephron-sparing surgery. Eur Urol. 2009;56:786
6. Kutikov A., Uzzo R. The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. J Urol. 2009; 182:844-853.
7. Patard J., Pantuck A., Crepel M. Morbidity and clinical outcome of nephron-sparing surgery in relation to tumour size and indication. Eur Urol. 2007; 52:148.
8. Thompson R., Lane B., Lohse C. Every minute counts when the renal hilum is clamped during partial nephrectomy. Eur Urol. 2010;58:340.