

Семенякин Игорь Владимирович – к.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21. E-mail: iceig@mail.ru.

Алиев Рамиль Исмаилович – врач-уролог урологического отделения ГКБ № 50. Адрес: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21.

ЛИТЕРАТУРА

1. Libertino JA, Studer UE. Continent urinary diversions and neobladders in urologic surgery. In: Proceedings of the 95th AUA Annual Meeting; 1997; New Orleans, La, USA. Instructional Course.
2. Stenzl A. Bladder substitution. Current Opinion in Urology. 1999;9(3):241–245.
3. Stein JP, Skinner DG. Orthotopic urinary diversion. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, editors. Campbell's Urology. 8th edition. Philadelphia, Pa, USA: Saunders; 2002. pp. 3835–3867.
4. Gotoh M, Yoshikawa Y, Sahashi M, et al. Urodynamic study of storage and evacuation of urine in patients with a urethral Kock pouch. Journal of Urology. 1995;154(5):1850–1853.
5. Shaaban AA, Gaballah MA, El-Diasty TA, Ghoneim MA, Sagalowsky AI, Skinner DG. Urethral controlled bladder substitution: a comparison between the intussuscepted nipple valve and the technique of Le Duc as antireflux procedures. Journal of Urology. 1992;148(4):1156–1161.
6. Steven K, Poulsen AL. The orthotopic Kock ileal neobladder: functional results, urodynamic features, complications and survival in 166 men. Journal of Urology. 2000;164 (2):288–295.

УДК 616.61.-007.42 -01

© З.А. Кадыров, Ф.С. Каландаров, О.Н. Безуглый, 2013

З.А. Кадыров¹, Ф.С. Каландаров¹, О.Н. Безуглый^{1,2} РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЕ СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОПТОЗОМ

¹ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

²Городская клиническая больница №7, г. Москва

В статье проанализированы результаты ретроперитонеоскопической нефропексии (РПНП) и сочетанных операций у больных нефроптозом. Установлено, что после видеоэндоскопической нефропексии и сочетанных операций удлинняется продолжительность операции почти на 2 раза, однако сроки госпитализации и частота осложнений одинаковы в обеих группах.

Ключевые слова: ретроперитонеоскопическая нефропексия, сочетанные операции, сравнительный анализ.

Z.A. Kadyrov, F.S. Kalandarov, O.N. Bezugly RETROPERITONEOSCOPIC COMBINED OPERATIONS IN PATIENTS WITH NEPHROPTOSIS

The article presents the results of retroperitoneoscopic nephropexy and combined operations in patients with nephroptosis. It was established that after videoendoscopic nephropexy and combined operations the operation time became 2 times longer but hospital duration and complication rates were the same in both groups.

Key words: retroperitoneoscopic nephropexy, combined operation, comparative analysis.

Нефроптоз (НП) в основном поражает лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к инвалидизации больных в связи с развитием осложнений со стороны почек и верхних мочевых путей и других органов и выявляется до 7,7% случаев [1,2]. Показанием к операции является симптоматический нефроптоз. Без лечения НП приводит к потере трудоспособности почти у 20% больных [3]. Выбор метода хирургического лечения НП непрост, так как существует множество методов, а единого способа фиксации почки не найдено. Активное внедрение видеоэндоскопических операций (лапароскопические, ретроперитонеоскопические и роботизированные) изменило подходы к хирургическому лечению НП [4-7].

Целью настоящей работы явился анализ эффективности ретроперитонеоскопического метода при нефроптозе и сочетанных операциях.

Материал и методы. Из 42 (35%) пациентов с НП в возрасте от 18 до 42 лет мы сочетали ретроперитонеоскопическую нефропексию (РПНП) с другими операциями на почке и верхних мочевых путях у 13 (30,9%). Показанием к сочетанным с РПНП операциям явилось наличие осложнений НП, таких как нефролитиаз, ранние стадии гидронефротической трансформации, а также такие сопутствующие заболевания, как киста почек, стриктура ЛМС, требующие оперативного лечения. Характер сочетанных с РПНП оперативных вмешательств представлен в табл. 1.

Таблица 1

Характер сочетанных с РПНП оперативных вмешательств		
Оперативные вмешательства	Число пациентов	%
Сочетанные операции	13	30,9
Пиелолитотомия	3	7,1
Уретеролитотомия	2	4,8
Иссечение кист почки	2	4,8
Пластика ЛМС	2	4,8
Уретеролиз	4	9,5

Как видно из табл. 1, наряду с нефропексией ретроперитонеоскопическим доступом мы выполнили другие оперативные вмешательства. Пиелолитотомию в сочетании с нефропексией выполнили у 3 (7,1%) пациентов с СНП и наличием конкрементов в ЧЛС патологически подвижной почки диаметром от 1 до 2,5 см, уретеролитотомию у 2 (4,8%) пациентов с СНП и наличием конкрементов в верхней трети ипсилатерального мочеточника диаметром от 1,5 до 2 см. Иссечение солитарной кисты почки в сочетании с нефропексией выполнили у 2 (4,8%) пациентов с СНП и наличием кисты почки, располагающейся одна по верхнему полюсу, а вторая по задней поверхности почки, диаметром от 5 до 8 см. Пластику ЛМС по Андерсену-Хейнсу в сочетании с нефропексией выполнили у 2 (4,8%)

пациентов с СНП и наличием вторичного гидронефроза I – II стадий, обусловленных в одном случае добавочным сосудом, во втором – сужением мочеточника.

Результаты и обсуждение. В связи с одноэтапным выполнением РПНП и сочетанных операций продолжительность операции увеличивалась до 2,5–3 часов. Во всех случаях сочетанных с РПНП операций, сопровождающихся вскрытием мочевых путей, мы проводили дренирование ретроперитонеального пространства в течение 2–3 суток, а также дренирование почки путем установки стента в мочеточник в течение 30 суток. Кровопотеря во время операций составляла до 80 мл. В табл. 2 представлено течение РПНП и сочетанной с РПНП операции.

Таблица 2

Течение РПНП и сочетанной с РПНП операции			
Вид операции	Продолжительность операции, мин	Дренирование ретроперитонеального пространства	Кровопотеря, мл
РПНП	45 – 60	Не требовалось	≈ 50
Сочетанные с РПНП операции	120 – 180	2 – 3 суток	≈ 80

Из табл. 2 видно, что в сравнении с РПНП одноэтапное выполнение сочетанных с РПНП операций достоверно увеличивает продолжительность оперативного пособия, приводит к необходимости дренирования почки (при вскрытии мочевых путей) и ретроперитонеального пространства.

Послеоперационный период при сочетанных с РПНП операциях протекал гладко. Продолжительность постельного режима составила 2–3 суток; обезболивающую и антибактериальную терапии проводили всем без исключения пациентам. В послеоперационном периоде мы не наблюдали инфильтратов и нагноений в послеоперационных ранах,

острой задержки мочи, пареза кишечника и других наиболее вероятных послеоперационных осложнений; осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем также не было. Кратковременная послеоперационная микрогематурия и субфебрильная температура в течение 3–4 суток имелись у 7 пациентов, которым одновременно с нефропексией мы производили вскрытие мочевых путей. При благоприятном течении послеоперационного периода пациентов выписывали на 5–7-е сутки после операции. В табл. 3 представлена сравнительная оценка течения послеоперационного периода РПНП и сочетанной с РПНП операции.

Таблица 3

Течение послеоперационного периода РПНП и сочетанной с РПНП операции			
Вид операции	Продолжительность постельного режима, сутки	Обезболивающая терапия, дни	Продолжительность послеоперационного периода, дни
РПНП	1 – 2	2±0,17	6,03±0,72
Сочетанная с РПНП операций	2–3	3±0,17	6,08±0,25

Из табл. 3 видно, что послеоперационный период при сочетанных с РПНП операциях достоверно не отличался от течения аналогичного периода РПНП ($p>0,05$). Анализ непосредственных результатов сочетанных с РПНП операций в сравнении с РПНП статистически значимых отличий не выявил.

Заключение. Таким образом, анализ показал, что после видеоэндоскопической нефропексии и сочетанных операций удлиняется продолжительность операции, однако сроки госпитализации и частота осложнений одинаковы в обеих группах.

Сведения об авторах статьи:

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zieratsho@yandex.ru

Каландаров Фирузшо Саидшоевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН. Адрес: 117198, ул. Миклухо-Маклая, 6. Тел. 8(499)7823098. E-mail: firuzshohi_kalandar@mail.ru

Безуглый Олег Николаевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН, врач-уролог ГКБ №7 Адрес: 115446, г. Москва, Коломенский пр-д, 4. E-mail: bipsa@realmail.ru

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 V.C., Chung S.D. 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