

Новиков А.Б., Еломенко М.С., Кочетков Е.В., Бирст Д.В.

Окружная клиническая больница, г.Ханты-Мансийск.

Введение. В настоящее время лапароскопический доступ занял прочное место в хирургии рака почки. Лапароскопическая нефрэктомия сохраняет все преимущества малоинвазивного доступа без потери качества хирургического лечения и онкологической адекватности. Лапароскопическая нефрэктомия с ручным ассистированием (ЛНЭРА, "Hand Assisted") - вариант стандартной эндовидеохирургической операции, но отличием является то, что в брюшную полость через небольшой дополнительный разрез вводится недоминирующая рука хирурга, что помогает при диссекции тканей и ретракции органов, тем самым, снижая риск ятрогенных повреждений последних. Достоинствами данного метода являются: сокращение времени операции, сохранение тактильного канала информации, проприорецепции, уменьшение риска интраоперационных осложнений (контроль над кровотечением), более короткий период освоения метода, меньшее количество конверсий на этапе освоения. Первую ЛНЭРА у человека выполнили в 1996 г. S. Nakada и соавт. В России первая радикальная ЛНЭРА при раке почки T2N0M0 была выполнена в декабре 2002 г. на кафедре эндоскопической урологии РМАПО профессором О.В. Теодоровичем.

Материалы и методы. В отделении урологии ОКБ Ханты-Мансийска с декабря 2007 года оперировано 14 пациентов с раком почки. Мужчин 9 (64,29%), женщин 5 (35,71%). Возраст больных от 23 до 69 лет, средний – 54,15 года. Поражение правой почки – у 8 (57,14%), левой – у 6 (42,86%) больных. Размер опухоли от 2,8 до 8,3 см. T1N0M0 – 9 пациентов, T2N0M0 – 2, T3N0M0 – 2. В одном случае показанием к операции явился рецидив опухоли после радиочастотной абляции. При обследовании до операции всем пациентам выполнены: клинический и биохимический анализы крови, мочи, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным и внутривенным болюсным контрастным усилением.

Результаты.

Были выполнены следующие виды операций: ЛНЭРА – 5, ЛНЭРА с забрюшинной лимфоаденэктомией – 5, ЛНЭРА с адреналэктомией, забрюшинной лимфоаденэктомией – 2, Нефруретерэктомия - 1, ЛНЭРА, холецистэктомия, пластика послеоперационной вентральной грыжи местными тканями (симултанная) – 1. Все операции были выполнены по радикальному принципу (раннее лигирование почечных сосудов, моноклоная экстрафасциальная нефрэктомия). Диссекцию тканей, мобилизацию почки выполняли с применением аппарата "LigaSURE" (Tyco). Почечную артерию клипировали, вену клипировали или прошивали аппаратом "EndoGIA" (Ethicon). Длительность операций составила от 1 ч 45 мин до 5 ч 15 мин (этап освоения метода, симултанная операция). Объем интраоперационной кровопотери 50 - 150 мл. В одном случае имело место интраоперационное осложнение: несостоятельность первичного клипирования ветви почечной артерии. Кровопотеря 600 мл. Кровотечение остановлено дополнительным клипированием, конверсии не потребовалось. Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Все пациенты активизированы в ранние сроки (2-е сутки), выписаны в удовлетворительном состоянии. Страховой дренаж удался по мере прекращения лимфорреи на 2-3 сутки. Из осложнений: в одном случае отмечено формирование серомы послеоперационного рубца, в другом – длительная лимфоррея по страховому дренажу (5 суток). При гистологическом исследовании опухоли являлись почечноклеточным светлоклеточным раком. В одном случае - ангиомиолипوما с мультицентричным ростом (для данного заключения потребовалось иммуногистохимическое исследование). Длительность нахождения больных в стационаре в послеоперационном периоде в среднем составила 8,3 дня.