

ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З УРОЛОГІЧНОЮ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

О.О.Підмурняк

Хмельницька обласна клінічна лікарня

Резюме. У статті наведені результати малоінвазивних урологічних операцій при пухлинах нирок у порівнянні з даними відкритих урологічних операцій. Описані методики виконання ендовідеохірургічних операцій з використанням лапароскопічного та ретроперитонеоскопічного доступів.

Ключові слова: малоінвазивна урологія, лапароскопічна нефректомія, пухлини нирок.

Впровадження в клінічну практику сучасних методів діагностики (ультразвукове дослідження, комп'ютерна та магніторезонансна томографія) значно розширило можливості ранньої діагностики новоутворень нирок і суттєво змінило погляди лікарів щодо їх частоти. Діагностика пухлин на початкових стадіях підштовхнула до впровадження малоінвазивних методів оперативного їх видалення. Виконання хірургічних втручань лапароскопічним методом поступово стає стандартом у лікуванні [1, 2]. R.V.Clayman et al. [3] 1990 року виконали першу лапароскопічну нефректомію з приводу ниркової онкоцити, а роком пізніше Cortcoat et al. зробили таку ж операцію хворому з нирково-клітинним раком [4]. На теперішній час у світі здобутий великий досвід виконання даних операцій в урології [5]. У США радикальну лапароскопічну нефректомію виконують у 77% випадків новоутворень нирки. Переваги малоінвазивної хірургічної практики полягають у мінімальній інвазивності та швидшій репарації операційного доступу, нетривалому перебуванні пацієнтів у стаціонарі, зменшенні болю, швидшій фізичній та психологічній реабілітації хворих [6].

Мета дослідження: проаналізувати досвід використання різних ендовідеохірургічних методик для видалення пухлин нирок.

Матеріал і методи. У роботі аналізувалися дані 31 пацієнта, які лікувалися останніх 3 роки з приводу новоутворень нирок в урологічному відділенні Хмельницької ОКЛ. За видом операційної технології хворі поділені на дві групи. Першу групу становили 15 осіб, оперованих з використанням ендовідеохірургічної методики, другу (контрольну) – 16 пацієнтів з відкритою опера-

цією. Групи були зіставимі за віком і статтю: середній вік пацієнтів I групи – 54,9 років, II – 52,8 років, відсоток чоловіків у групах – 55,9% та 68,6% відповідно. Пухлина була справа у 53% та 56% випадків відповідно. Передопераційна підготовка хворих не відрізнялася між групами. Проведення оперативного втручання при відкритих операціях відповідало класичним методикам. При виконанні ендовідеохірургічної операції використовували два доступи – лапароскопічний та ретроперитонеоскопічний. Одержані результати обробляли методами варіаційної статистики з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft). Вірогідність різниці показників оцінювали за критеріями Ст'юдента та Фішера при рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх аналіз. Ендовідеохірургічні операції з використанням лапароскопічного доступу проводили в положенні хворого на боці під кутом 45°. Черевну порожнину пунктували голкою Вереша (створення порту № 1 діаметром 10 мм, для лапароскопа) безпосередньо біля пупкового кільця або на рівні латерального краю прямого м'яза живота, що залягало від товщини передньої черевної стінки хворого. Після створення пневмоперитонеума під контролем зору встановлювали решту портів. Після ревізії черевної порожнини, як і при відкритій радикальній нефректомії, виконували мобілізацію висхідної або низхідної ободових кишок розсіченням парієтальної очеревини в бічному каналі уздовж лінії Тольдта. Оголювали проксимальний відділ сечовода, що легко візуалізується між нижнім кінцем нирки та нижньою порожнистою веною чи аортою. Після кліпювання та пересікання сечовода нижній кінець ни-

рки зміщували вбік, забезпечуючи доступ до ниркової артерії. Зліва для доступу до ниркової артерії часто доводилося кліпювати поперекову, ліву надниркову та гонадну вени, що впадають у ліву ниркову вену. За допомогою великих титанових кліпс кліпювали та пересікали ниркову артерію. Нирку мобілізували екстрафасціалью з використанням ультразвукового дисектора. Мортеляцію при нефректомії з приводу раку нирки не застосовували, тому що це не дозволяє провести повноцінне морфологічне дослідження. У ложе вилученої нирки встановлювали страховий дренаж. Рану клубової ділянки зашивали наглухо.

При ретроперитонеоскопічному доступі пацієнта укладали на здоровий бік. Перший розріз завдовжки 10 мм виконували по задній пахвовій лінії на 2,0 см вище клубового гребеня. Заочеревинний простір розширювали за допомогою балонного дилататора (об'єм наповнення – до 1000 мл). Потім встановлювали троакари діаметром 10 мм (по середній пахвовій лінії) та 5 мм (по передній пахвовій лінії). Наступним етапом виділяли сечовід як орієнтир. При тракції сечовода медіально та вгору мобілізували ворота нирки, що скорочувало тривалість виділення ниркових судин. Ниркову артерію кліпювали танталовими кліпсами і пересікали холодними ножицями. Якщо не вдавалося накласти танталові кліпси на ниркову вену, то накладали провізорну лігатуру, зменшуючи діаметр вени. Накладали три кліпси. Наступним етапом двічі кліпювали і пересікали сечовід. Виконуючи тракцію нирки за сечовід униз і медіально, мобілізували верхній кінець нирки разом з фасцією Герота. При видаленні препарату використовувався розріз до 6 см, з'єднуючи 2 порти у клубовій ділянці. Після операції залишали дренаж до ніжки вилученої нирки, що виводили через один з портів.

Середній діаметр пухлини нирки становив 5,5 см. Гістологічно у всіх хворих підтверджено нирковоклітинний рак. У нашій серії спостережень середній об'єм інтраопераційної крововтрати становив 185 мл. Інтраопераційні ускладнення виникли в 2 (13%) випадках (поранення ниркової вени), післяопераційні – також у 2 (перитоніт – 1, часткова кишкова непрохідність – 1). Перехід на лапаротомію був у 2 хворих. За даними S. Andrew et al. [7], частота серйозних ускладнень при виконанні лапароскопічної нефректомії становить не більше 7,5%, необхідність переходу на відкриття операцію – 6,1%, летальність – 0,34%.

Тривалість малоінвазивної операції була коротшою, але вірогідно не відрізнялася за тривалістю операції у контрольній групі (78,7 та 79,9

хв відповідно), так само як і час надання анестезіологічної підтримки (89,7 та 101,5 хв відповідно). Але між групами значно різнилися: об'єм операційної травми (1,4±0,14 проти 2,7±0,14 балів), розміри операційної рани (довжина 5,0±1,1 проти 16,7±1,6 см), величина крововтрати (70,0±19,4 проти 250,0±41,5 мл) та інтенсивність болювого синдрому через добу після операції (1,5±0,17 проти 2,8±0,13 балів). Для верифікації обсягу операційної травми ми визначали інтерлейкін ІЛ-6, рівень якого зростає пропорційно до обсягу операційної травми та формування запалення. У пацієнтів ІІ групи його рівень в день після операції становив 7,3±1,7 пг/мл (проти 3,2±1,6 в основній групі) та через добу після втручання – 26,0±3,5 пг/мл (проти 10,2±3,2 в основній групі).

Після лапароскопічного втручання наркотичне знеболювання робили тільки двічі протягом першої доби після операції (у другій групі – протягом 2 діб). Відновлення кишкової перистальтики наставало через 24 год, активізація хворих – через 18 год після операції. Середній термін перебування у стаціонарі становив 6,6 днів. Середній період непрацездатності після нефректомії у пацієнтів першої групи був 16,5 днів проти 29,8 днів у контрольній. Наші дані близькі до результатів китайських урологів, у яких середня тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів з такою ж патологією становила 5,5 днів [8].

Аналіз вибору тактики операційного втручання показав його залежність від ряду факторів. Відкритий тип операції корелював із наявністю попередніх операцій, хронічних захворювань нирок, розміром пухлини (більше 8 см), індексом маси тіла пацієнта (ожирінням). Тип малоінвазивного втручання залежав від розташування та розмірів пухлини.

Отже, перевагами лапароскопічного доступу є мала травматичність, зменшення термінів реабілітації хворих, скорочення перебування в стаціонарі та задовільний косметичний ефект.

Висновки. 1. Радикальна лапароскопічна нефректомія показана хворим на рак нирки І-ІІ стадії, при розмірі екстраренальної частини пухлини до 8 см. 2. Технологія лапароскопічної нефректомії з приводу раку нирки принципово не відрізняється від такої при відкритій радикальній нефректомії і включає роздільну перев'язку судин на ранньому етапі операції, мобілізацію нирки екстрафасціалью разом з паранефральною клітковиною. 3. Застосування ендовідеоскопічного підходу дозволяє знизити вимоги до знеболювання, зменшити об'єм крововтрати, розміри

операційної рани, прискорити відновлення в післяопераційному періоді, зменшити тривалість перебування в стаціонарі та прискорити повернення до нормальної активності в порівнянні з відкритою хірургією. 4. На перспективу важливо

провести порівняльний аналіз ранніх та віддалених результатів відкритої нефректомії та лапароскопічної нефректомії, розробити чіткі показання та протипоказання до виконання ендовідеохірургічних нефректомій.

Література

1. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии. / В.Б.Матвеев, И.Г.Комаров, М.И.Волкова [и др.] // Матер. X Росс. онкол. конгр. – М., 2006. – С. 42-46.
2. Role of the laparoscopic approach to cytoreductive nephrectomy in metastatic renal-cell carcinoma: does size matter? / A.Ganeshappa, C.Sundaram, M.A.Lerner, T.A.Gardner. // J. Endourology. – 2010. – Vol. 24, № 8. – P. 1289-1292.
3. Clayman R.V. Laparoscopic nephroureterectomy: initial clinical case report / R.V.Clayman, L.R.Kavoussi, R.S.Figenshau // J. Laparoendoscop. Surg. – 1991. – Vol. 1, № 6. – P. 343-349.
4. Retroperitoneal laparoscopy versus open radical nephrectomy / C.C.Abbou, A.Cicco, D.Gasman [et al.] // J. Urol. – 1999. – № 161. – P. 1776-1780.
5. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия при раке почки / К.В.Пучков, В.Б.Филимонов, И.В.Васин [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2004. – Т. 7. – С. 25-30.
6. Laparoscopic nephrectomy outcomes of elderly patients in the 21st century / C.L.Frank, E.L.Kau, C.S.Ng, G.J.Fuchs // J. Endourology. – 2007. – Vol. 21, № 11. – P. 1309-1313.
7. Andrew S. Laparoscopic partial nephrectomy for multiple ipsilateral renal tumors using a tailored surgical approach / S.Andrew, J.Flum, W. Stuart // J. Endourology. – 2010. – Vol. 24, № 4. – P. 557-561.
8. Liu R. Complete transperitoneal laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract urothelial carcinoma / R.Liu, P.Zhao, X.Li // J. Peking Univer. – 2011. – Vol. 43, № 4. – P. 532-534.

ЕНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. В статье приведены результаты малоинвазивных урологических операций при опухолях почек в сравнении с данными открытых урологических операций. Описаны методики выполнения эндовидеохирургических операций с использованием лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступов.

Ключевые слова: малоинвазивная урология, лапароскопическая нефрэктомия, опухоли почек.

ENDOVIDEOSURGICAL OPERATIONS IN PATIENTS WITH UROLOGICAL ONCOLOGICAL PATHOLOGY

Abstract. The paper presents the results of low-invasive urological operations in case of renal tumors as compared with the findings of open type urological operations. The procedures of performing endovideosurgical operations with the use of laparoscopic and retroperitoneoscopic approaches have been described.

Key words: low-invasive urology, laparoscopic nephrectomy, renal tumors.

Regional Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла 16.10.2012 р.

Рецензент – проф. О.С.Федорук (Чернівці)