

Вибір тактики оперативного втручання у пацієнтів з урологічною онкологічною патологією

С.О. Возіанов¹, О.О. Підмурняк², С.А. Собчинський²

¹ДУ «Інститут урології Національної академії медичних наук України», м. Київ

²Хмельницька обласна лікарня

У статті наведені результати впровадження у практику малоінвазивних урологічних операцій при пухлинах нирок у порівнянні з даними відкритих урологічних операцій. Описана методика виконання ендовідео-хірургічних операцій з використанням лапароскопічного та ретроперитонеоскопічного доступів. Показані клінічні переваги малоінвазивних методик.

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

Виконання хірургічних втручань лапароскопічним методом поступово стає стандартом у лікуванні, витісняючи традиційні операції у зв'язку з істотними лікувальними й економічними перевагами даного доступу [2, 5]. Упровадження цього типу операцій в онкоурологію було започатковано в 1990 році R.V. Clayman та співавторами [4]. Вони виконали першу лапароскопічну нефректомію з приводу ниркової онкоцитомі, а роком пізніше Sportcoat та співавтори зробили таку саму операцію хворому з нирково-клітинним раком [4, 9]. На сьогодні радикальну лапароскопічну нефректомію в США виконують в 77% випадків новоутворень нирки. Малоінвазивна хірургічна практика має переваги перед традиційними відкритими втручаннями, що полягає у мінімальній інвазивності та швидшій репарації операційного доступу, у менш тривалому перебуванні хворого у стаціонарі, у зменшенні болю у пацієнтів та потреби у знеболювальних засобах, швидшій фізичній та психологічній реабілітації [6].

Мета дослідження: встановити клінічні особливості перебігу хвороби у пацієнтів, що допомагають вибрати малоінвазивну оперативну технологію з видалення пухлин нирок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі аналізували дані за останні три роки, отримані у 31 пацієнта, що лікувалися з приводу новоутворень нирок в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні. За видом операційної технології хворі були розділені на дві клінічних групи. Першу (I) групу склали 15 пацієнтів, оперованих з використанням ендовідео-хірургічної методики, II, контрольну, – 16 пацієнтів з відкритою операцією. Групи були зіставні за віком і статтю: середній вік пацієнтів I групи склав 54,9 року, II групи – 52,8 року, чоловіків у групах було 55,9% та 68,6% відповідно ($p > 0,05$). Пухлина була розташована справа відповідно у 53% та 56% випадків. Передопераційна підготовка хворих не відрізнялася між групами. Отримані результати обробляли методами варіаційної статистики (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Вірогідність різниці показників оцінювали за критеріями Стьюдента та Фішера при рівні $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При видаленні нирки з пухлиною ендовідео-хірургічним доступом середній діаметр пухлини склав 5,5 (від 4,0 до 8,5) см. Гістологічно в усіх хворих підтверджено нирково-клітинний рак. У нашій серії спостережень середній обсяг інтраопераційної крововтрати склав 185 (від 50 до 700) мл. Летальних випадків не було. Інтраопераційні ускладнення виникли в 2 (13%) випадках (поранення ниркової вени), післяопераційні – також у 2 пацієнтів (перитоніт – 1, часткова кишкова непрохідність – 1). Перехід на лапаротомію був у 2 хворих. За даними S. Andrew та співавторів (2010), частота серйозних ускладнень під час виконання лапароскопічної нефректомії становить не більше 7,5%, необхідність переходу на відкриту операцію – 6,1%, летальність – 0,34% [3].

Тривалість виконання малоінвазивної операції була меншою, але вірогідно не відрізнялася за тривалістю операції у контрольній групі (78,7 хв та 79,9 хв відповідно, $p > 0,05$), так само як і час надання анестезіологічної підтримки (89,7 хв та 101,5 хв відповідно, $p > 0,05$). Але між групами значно відрізнялися: об'єм операційної травми ($1,4 \pm 0,14$ бала проти $2,7 \pm 0,14$ бала, $p < 0,05$), розміри операційної рани (довжина $5,0 \pm 1,1$ см проти $16,7 \pm 1,6$ см, $p < 0,05$), величина крововтрати ($70,0 \pm 19,4$ мл проти $250,0 \pm 41,5$ мл, $p < 0,05$) та інтенсивність больового синдрому через добу після операції ($1,5 \pm 0,17$ бала проти $2,8 \pm 0,13$ бала, $p < 0,05$). Для верифікації об'єму операційної травми ми визначали інтерлейкін ІL-6, рівень якого зростає пропорційно до об'єму операційної травми та формування запалення. У пацієнтів II групи його рівень в день після операції склав $7,3 \pm 1,7$ пг/мл (проти $3,2 \pm 1,6$ в основній групі, $p < 0,05$) та через добу після втручання – $26,0 \pm 3,5$ пг/мл (проти $10,2 \pm 3,2$ в основній групі, $p < 0,05$).

Після лапароскопічного втручання наркотичне знеболювання виконували тільки двічі протягом першої доби після операції (у II групі протягом 2 діб). Відновлення кишкової перистальтики відбувалося в середньому через 24 год, активізація хворих – через 18 год після операції. Середній термін перебування у стаціонарі 6,6 дня. Середній період непрацездатності після нефректомії у пацієнтів I групи був 16,5 дня проти 29,8 дня у контрольній ($p < 0,05$). Наші дані близькі до результатів китайських урологів (R. Liu, 2011), у яких середня тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів з такою самою патологією склала 5,5 дня [8].

Аналіз вибору тактики операційного втручання виявив його залежність від низки 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.

Таким чином, перевагами лапароскопічності доступу є мала травматичність, зменшення термінів реабілітації хворих, скорочення перебування в стаціонарі та гарний косметичний ефект.

ВИСНОВКИ

1. Вибір тактики оперативного втручання насамперед залежить від об'єму пухлини. Радикальна лапароскопічна нефректомія показана хворим на рак нирки I–II стадії, при розмірі екстрауренальної частини пухлини до 8 см.

2. Методологія виконання лапароскопічної нефректомії з приводу раку нирки принципово не відрізняється від такої при відкритій радикальній нефректомії та включає роздільну перев'язку судин на ранньому етапі операції, мобілізацію нирки екстрафасціально разом з паранефральною клітковиною.

3. Застосування ендовідеоскопічного підходу дозволяє знизити вимоги до знеболювання, зменшити об'єм крововтрати, розміри операційної рани, прискорити відновлення в післяопераційний період, зменшити тривалість перебування в стаціонарі та прискорити повернення до нормальної активності в порівнянні з відкритою хірургією.

Перспективи подальших досліджень. Продовжити накопичення досвіду виконання нефректомій з використанням ендовідеохірургічного доступу. Провести

порівняльний аналіз близьких та віддалених результатів відкритої нефректомії та лапароскопічної нефректомії. Розробити чіткі показання та протипоказання до виконання лапароскопічних нефректомій.

Выбор тактики оперативного вмешательства у пациентов с урологической онкологической патологией

С.А. Возианов, А.А. Пидмурняк, С.А. Собчинский

В статье приведены результаты внедрения в практику малоинвазивных урологических операций при опухолях почек в сравнении с данными открытых урологических операций. Описана методика выполнения эндовидеохирургических операций с использованием лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступов. Показаны клинические преимущества малоинвазивных методик.

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

Choice of the surgical operating tactics in patients with urological oncological pathology

S.A. Vozianov, A.A. Pidmurniak, S.A. Sobchinskiy

In the article the results of clinical introduction of low-invasive urological operations in patient with renal tumors in comparison with open type urological operations were shown. The methods of endovideosurgical operations with laparoscopic and retroperitoneoscopic access were described. Low-invasive methods advantages were shown.

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

Сведения об авторе

Возианов Сергей Александрович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а; тел.:(044) 486-66-60.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия при раке почки / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, И.В. Васин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – Т. 7. – С. 25–30.
2. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии. / В.Б. Матвеев, И.Г. Комаров, М.И. Волкова [и др.] // Материалы X Российского онкологического конгресса. – М., 2006. – С. 42–46.
3. Andrew S. Laparoscopic partial nephrectomy for multiple ipsilateral renal tumors using a tailored surgical approach / S. Andrew, J. Flum, W. Stuart // J. Endourology. – 2010. – V. 24, № 4. – P. 557–561.
4. Clayman R.V. Laparoscopic nephroureterectomy: initial clinical case report / R.V. Clayman, L.R. Kavoussi, R.S. Figenshau // J.Laparoendoscop. Surg. – 1991. – V. 1, № 6. – P. 343–349.
5. Ganeshappa A. 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. – V. 24, № 8. – P. 1289–1292.
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. – V. 21, № 11. – P. 1309–1313.

Статья поступила в редакцию 16.07.2013