

**Галлямов Э.А.<sup>1</sup>, Попов С.В.<sup>5</sup>, Забродина Н.Б.<sup>1</sup>,  
Широкорад В.И.<sup>2</sup>, Михайликов Т.Г.<sup>1</sup>,  
Новиков А.Б.<sup>1</sup>, Мещанкин И.В.<sup>1</sup>, Преснов К.С.<sup>1</sup>,  
Сергеев В.П.<sup>2</sup>, Кочкин А.Д.<sup>7</sup>, Санжаров А.Е.<sup>3</sup>,  
Вольных И.Ю.<sup>4</sup>, Орлов И.Н.<sup>5</sup>, Болгов Е.Н.<sup>6</sup>,  
Коваленко А.В.<sup>1</sup>, Харчук А.В.<sup>1</sup>, Долгих Д.В.<sup>1</sup>,  
Топузов Т.М.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Центральная клиническая больница  
гражданской авиации, Москва, РФ.

<sup>2</sup>Московская городская онкологическая больница  
№62, Москва, РФ.

<sup>3</sup>Городская клиническая больница № 40,  
Екатеринбург, РФ.

<sup>4</sup>НУЗ отделенческая больница на станции  
Владивостока ОАО "РЖД", Владивосток, РФ.

<sup>5</sup>ГБУЗ «Клиническая Больница Святителя Луки»,  
Городской центр эндоскопической урологии и  
новых технологий, Санкт-Петербург, РФ.

<sup>6</sup>Ставропольский краевой  
консультативно-диагностический центр,  
Ставрополь, РФ.

<sup>7</sup>НУЗ отделенческая больница на станции  
Горький ОАО "РЖД", Нижний Новгород, РФ

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ: МЕЖКЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ 1500 ОПЕРАЦИЙ.**

**Введение.** Стандартным лечением рака почек во многих клиниках до сих пор является открытая радикальная нефрэктомия. Сопровождаясь длинным абдоминальным или люмбальным разрезом, что обуславливает болезненность послеоперационной раны, продолжительный стационарный период, косметические дефекты и повышенный риск послеоперационных грыж. В то же время Клаутан уже в 90-х годах описал лапароскопический доступ для нефрэктомии, получивший признание как техника, обеспечивающая не худшие онкологические ре-

зультаты при уменьшении вышеуказанных недостатков открытой хирургии.

**Цель.** Представить результаты выполнения лапароскопических нефрэктомий на основании объединённого опыта 1500 операций.

**Материалы и методы.** В период с 1 января 1992 г. по 1 июля 2014 г. лапароскопическое оперативное пособие получили 22 547 пациентов. Из них лапароскопическая нефрэктомия выполнена 1532 пациентам (6.8% от общего числа операций): 1427 (93.1%) по поводу опухолей почки и 105 (6.9%) по поводу неопухолевых заболеваний, таких как терминальный гидронефроз, коралловидный камень почки или пионефроз. Среди опухолей почки распределение было следующим: быстро растущие ангиомиолипомы у 74 (5.2%), T1 у 542 (38.0%), T2 у 698 (48.9%) и T3 у 113 (7.9%) пациентов. Пациенты оперированы трансперитонеальным лапароскопическим доступом, из них 27 пациентов оперированы трансмезентериально. Правосторонние нефрэктомии выполнялись несколько чаще чем левосторонние (796 против 736), число троакаргов справа как правило было на 1 больше, что связано с необходимостью отведения печени для достаточной экспозиции. Качество проведённых оперативных вмешательств оценивалось по таким показателям как время операции, интра- и послеоперационные осложнения, объём кровопотери, длительность пребывания в стационаре.

**Результаты и обсуждение.** Среднее время операции, объём кровопотери, частота осложнений и длительность операций уменьшались по мере роста числа выполненных операций т.е. с опытом. Оценивая кривую обучения, можно говорить, что после выполнения примерно 50 самостоятельных операций отмечается определённая стабилизация указанных показателей. Если сравнивать вышеуказанные показатели через 2 и через 10 лет после освоения методики лапароскопической нефрэктомии, то получатся следующие усреднённые цифры: время операции  $243 \pm 36.5$  и  $100 \pm 11.1$  минут, объём кровопотери  $432 \pm 56$  и  $100 \pm 13$  мл, послеоперационный койко-день  $9 \pm 3.8$  и  $5 \pm 3.1$  дней, число интраоперационных осложнений 7% и 0.9%, послеоперационных осложнений 6.8% и 0.8% соответственно. Из наиболее распространённых интраоперационных осложнений можно назвать ранение магистральных сосудов, ранение печени или селезёнки, ранение мочеточника. Из послеоперационных осложнений мы наблюдали случаи ТЭЛА, нагноения послеоперационных ран, позднего кровотечения после отошедших клипс.

**Выводы.** Лапароскопическая нефрэктомия при соблюдении правильной техники операций, адекватного выбора расположения портов, корректной анатомической интерпозиции является безопасным и эффективным видом оперативного вмешательства. Качество выполняемых операций с опытом улучшается, достигая определённого плато после 50 выполненных самостоятельных операций.