

зования в сфере эндовидеотехнологий и постоянное совершенствование техники лапароскопической резекции почки в итоге привели к улучшению результатов и лечения. В настоящее время онкоспецифическая выживаемость после лапароскопической резекции почки сопоставима с таковой после «золотого стандарта» - открытой резекции.

Цель. Продемонстрировать преимущества тепловой ишемии перед zero-ишемии во время выполнения резекции почки.

Материалы и методы. Для сравнения результатов проведен изолированный отбор пациентов с размером опухоли от 20 до 40мм (в среднем, - 34мм). Десяти пациентам выполнена эндовидеохирургическая резекция почки с новообразованием без пережатия почечной артерии, и 10-ти пациентам с - пережатием. Во всех случаях опухоль локализовалась преимущественно экстрапаренхиматозно. Новообразования локализованные интрапаренхиматозно не включены в сравнительный анализ. Все операции выполнены трансперитонеальным лапароскопическим доступом. В обеих группах резекция почки выполнена с помощью «холодных» ножниц. Средний временной интервал оперативного вмешательства при пережатой почечной артерии составил 80мин. (от 45 до 130мин.), без пережатия-110мин. (от 60 до 178мин.). Интраоперационный объём кровопотери при пережатии почечной артерии составил в среднем 70мл, без пережатия-300мл. Среднее время тепловой ишемии почки составило 18 мин. (максимальное-30 мин., минимальное-10 мин.). В обеих группах после выполнения резекции почки дефект паренхимы герметично ушит нитью моносин 3/0, зафиксированной клипсами Net-o-lok.

Результаты и обсуждение. С целью сокращения времени наложения гемостатических швов на зону резекции паренхимы почки и уменьшению времени тепловой ишемии мы использовали пластмассовые клипсы "Net-o-lok". Этот способ не уступает по качеству гемостаза узловым швам, но превосходит его по скорости выполнения и значительно уменьшает вероятность прорезывания паренхимы. Выполнение резекции почки при пережатой почечной артерии дает хирургу возможность более детальной визуализации зоны резекции и учета объёма кровопотери, чем без пережатия почечной артерии.

Выводы. Полученные результаты (объём кровопотери, длительность операции, время тепловой ишемии) позволяют нам рекомендовать при опухоли почки небольших размеров выполнять тепловую ишемию этого органа.

Попов С.В.¹, Галлямов Э.А.³, Орлов И.Н.¹, Сулейманов М.М.¹, Гусейнов Р.Г.¹, Новиков А.Б.³, Мещанкин И.В.³, Сергеев В.П.², Кочкин А.Д.⁴, Санжаров А.Е.⁵

¹ГБУЗ «Клиническая Больница Святителя Луки»,
Городской центр эндоскопической урологии и
новых технологий, Санкт-Петербург, РФ

²Московская городская онкологическая больница
№62, Москва, РФ.

³Центральная клиническая больница
гражданской авиации, Москва, РФ

⁴НУЗ отделенческая больница на станции
Горький ОАО "РЖД", Нижний Новгород, РФ.

⁵Городская клиническая больница № 40,
Екатеринбург, РФ.

ПРЕИМУЩЕСТВО ТЕПЛОВОЙ ИШЕМИИ ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЧКАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ОПЕРАЦИЯМИ БЕЗ ИШЕМИИ.

Введение. Показатели заболеваемости опухолью почки в настоящее время неуклонно растут, что связано как с улучшением диагностики, так и с ростом самой заболеваемости. Основным методом лечения больных с новообразованием почек является операция. До недавнего времени наличие опухоли почки служило абсолютным показанием к нефрэктомии. Однако в последние годы всё чаще прибегают к выполнению органосохраняющих операций на почках. Современные революционные преобра-