

доскопического доступа. Последний обеспечивает лучшую визуализацию и прецизионную диссекцию, меньший объем кровопотери, быструю активизацию больных. Более того, при малых объемах простаты, скованной по-

слеоперационными рубцами в узком тазу, глупо боко под лоном у больного с ожирением эндоскопический доступ обеспечивает абсолютный визуальный контроль операции в отличие от традиционного доступа.

Сведения об авторах статьи:

Кочкин Алексей Дмитриевич – к.м.н., врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: kochman@bk.ru.

Севрюков Федор Анатольевич – д.м.н., профессор, зав. отделением урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: fedor_sevrukov@mail.ru.

Галлямов Эдуард Абдулхаевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ, главный хирург ФБУ ЦКБ ГА. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 7.

Попов Сергей Валерьевич – д.м.н., главный врач СПбГБУЗ КБ Святителя Луки, руководитель Городского центра эндоскопической урологии и новых технологий. Адрес: 194044, г. Санкт Петербург, ул. Чугунная, 46.

Пучкин Александр Борисович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Сорокин Дмитрий Алексеевич – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Карпунин Игорь Васильевич – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Семенычев Дмитрий Владимирович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: dsemenychev@yandex.ru.

Кнутов Александр Владимирович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород. Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: knutov-av@yandex.ru.

Сергеев Владимир Петрович – врач-уролог отделения урологии ГАУЗ МГОБ № 62. Адрес: 143423, Московская обл., Красногорский район, п/о Степановское, поселок Истра, 27. E-mail: garivas@yandex.ru.

Новиков Александр Борисович – врач-уролог отделения урологии ФБУ ЦКБ ГА. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 7.

Санжаров Андрей Евгеньевич – врач-уролог отделения урологии МАУ ГКБ № 40. Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189. E-mail: sanz@yandex.ru.

Орлов Игорь Николаевич – врач-уролог отделения урологии СПбГБУЗ КБ Святителя Луки. Адрес: 194044, г. Санкт Петербург, ул. Чугунная, 46. E-mail: dok.orlov@gmail.com.

Преснов Константин Сергеевич – руководитель эндохирургической службы, врач-хирург отделения хирургии Медицинского центра Банка России. Адрес: 117593, г. Москва, Севастопольский проспект, 66. E-mail: kspresnov@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

1. Севрюков Ф.А. Случай успешной трансуретральной энуклеации аденомы простаты очень больших размеров / Ф.А. Севрюков, С.А. Серебряный // Андрология и генитальная хирургия. – 2012. – № 3. – С. 102-104.
2. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005-2010 годах / О.И. Аполихин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2. – С. 4-12.
3. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов / отв. ред. Т.В. Ключевкина, Н.В. Черножукова, А.Г. Шегай. – М.: ООО «АБВ-пресс», 2010. – 1031 с.
4. Использование лапароскопического и внебрюшинного доступа при эндовидеохирургической радикальной простатэктомии: анализ 300 случаев / О.Э. Луцевич [и др.] // Эндохирургия сегодня. – 2012. – № 2. – С. 33-41.
5. Impact of previous surgery on endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy / J-U. Stolzenburg [et al.] // Urology. – 2005. – №65. – P. 325-231.

УДК 616.61-006-089.87-031:611.383:616.381-072.1

© Коллектив авторов, 2015

А.Д. Кочкин¹, Ф.А. Севрюков¹, Э.А. Галлямов², С.В. Попов³,
А.Б. Пучкин¹, Д.А. Сорокин¹, И.В. Карпунин¹, Д.В. Семенычев¹, А.В. Кнутов¹,
В.П. Сергеев⁴, А.Б. Новиков², А.Е. Санжаров⁵, И.Н. Орлов³, К.С. Преснов⁶

**«ОКНО» В БРЫЖЕЙКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ – ОПЦИЯ
В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ЛЕВОЙ ПОЧКИ**

¹Урологический центр Горьковской железной дороги НУЗ «ДКБ на ст. Горький
ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород

²ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», г. Москва

³СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург

⁴ГАУЗ «Московская городская онкологическая больница № 62», г. Москва

⁵МАУ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

⁶Медицинский центр Банка России, г. Москва

За четверть века, с тех пор, как Ralph V. Clayman выполнил первую лапароскопическую нефрэктомии, техника операции отработана и стандартизирована до мелочей: от укладки больного на операционном столе до способов эвакуации препарата. Алгоритм любой стандартной лапароскопической операции на верхних мочевых путях предусматривает широкую мобилизацию ободочной кишки с целью обнажения забрюшинного пространства. Этот этап редко занимает менее трети операционного

времени и сопровождается определенным риском ятрогенных интраоперационных осложнений. Последнее заставило искать альтернативные доступы. В случае патологии левых мочевых путей одним из таковых является трансмезентериальный доступ – через «окно» в брыжейке ободочной кишки. При лапароскопической пиелопластике этот подход используется давно и с успехом. Чего нельзя сказать об операциях по поводу почечных опухолей. В статье представлен собственный опыт лапароскопических трансмезентериальных нефрэктомий и резекций почки. Количество операций, выполненных из этого доступа по поводу опухолей, пока не позволяет провести адекватный статистический анализ и сделать определенные выводы. Тем не менее, на наш взгляд, у некоторых больных он имеет ряд бесспорных преимуществ перед стандартным и может рассматриваться в качестве альтернативного доступа при адrenaлэктомии, нефрэктомии и резекции почки.

Ключевые слова: трансмезентериальная нефрэктомия, трансмезентериальная резекция почки.

A.D. Kochkin, F.A. Sevryukov, E.A. Gallyamov, S.V. Popov,
A.B. Puchkin, D.A. Sorokin, I.V. Karpukhin, D.V. Semenychev, A.V. Knutov,
V.P. Sergeev, A.B. Novikov, A.E. Sanzharov, I.N. Orlov, K.S. Presnov
**“WINDOW” IN THE MESENTERY OF THE COLON – AN OPTION
IN THE LAPAROSCOPIC SURGERY OF LEFT KIDNEY TUMORS**

During a quarter of the century, since Ralph Clayman performed the first laparoscopic nephrectomy, the technique of the operation has been developed and was standardized to details: from the placing of the patient on the operation table to the evacuation of the specimen. The algorithm of every standard laparoscopic operation on the upper urinary tract suggests wide mobilization of colon with the aim to access retroperitoneum. This stage usually lasts more than one third of the operation time and is accompanied by certain risks of iatrogenic injuries. The latter situation enforced the specialists to look for alternative approaches. One of the possibilities in case of left side pathology is transmesenteric access via the “window” in the mesentery of the descendent colon. This approach is widely accepted for laparoscopic pyeloplasty, but not for the tumor surgery. In this article we present our experience with laparoscopic transmesenteric radical and partial nephrectomies. The number of the procedures performed is far not enough to carry out relevant statistical analysis. Nevertheless, we consider that in selected patients this access has certain advantages before the standard way and can be accounted for as an alternative approach for the adrenalectomy, nephrectomy and partial nephrectomy.

Key words: transmesenteric radical nephrectomy, transmesenteric partial nephrectomy.

Наиболее эффективным методом лечения почечно-клеточного рака остается оперативный, причем органосохраняющее вмешательство считается приоритетным [1]. Эволюция лапароскопических технологий в урологии привела практически к полному отказу от традиционных вмешательств при локализованных опухолях почки. Так, лапароскопические нефрэктомия и резекция почки давно признаны Европейской ассоциацией урологов методами выбора в лечении почечно-клеточного рака стадий T₁-T₂ [2]. За четверть века, что минули с тех пор, как Ralph V. Clayman выполнил первую лапароскопическую нефрэктомию, техника операции отработана и стандартизирована до мелочей: от укладки больного на операционном столе до способов эвакуации препарата [3-9]. Алгоритм любой стандартной лапароскопической операции на верхних мочевых путях (ВМП) предусматривает широкую мобилизацию ободочной кишки с целью обнажения забрюшинного пространства [5-9]. Этот этап нередко занимает до трети операционного времени и сопровождается определенным риском ятрогенных интраоперационных осложнений. Так, по данным M.J. Schwartz и A. Breda, повреждения кишечника отмечаются не менее чем в 0,8% вмешательств, тогда как ранения селезенки — в 1,4% [10, 11]. Последнее заставляет искать альтернативные доступы. В случае патологии левых ВМП одним из таковых методов является трансмезентериальный – через «окно» в брыжейке ободочной кишки. При лапароскопической пиелопластике этот под-

ход используется давно и с успехом [6, 12, 13]. Чего нельзя сказать о нефрэктомии и резекции почки. Так, в системе PubMed нам не удалось обнаружить каких-либо сообщений о подобных вмешательствах, выполненных полностью трансмезентериально. Последнее побудило поделиться собственным первым опытом.

Материал и методы

За 2014 год мы выполнили 39 трансмезентериальных лапароскопических вмешательств по поводу опухолей левой почки. Из них лапароскопическая нефрэктомия (ЛНЭ) – 27, лапароскопическая резекция почки (Лрез) – 12 случаев. Положение пациента – на спине с поворотом операционного стола; при необходимости последний переводили в положение Тренделенбурга. Рассекали брыжейку нисходящей кишки вдоль нижней брыжечной вены и левых ободочных сосудов, осуществляя доступ к абдоминальной аорте и сосудистой ножке почки. Артерия и вена обрабатывались до каких-либо манипуляций с почкой. После чего через сформированное «окно» в мезоколоне, межфасциально, частично (Лрез) или полностью (ЛНЭ), почку мобилизовали в фасции Героты. В случае резекции осуществлялась парциальная нефрэктомия по общепринятой методике, тогда как при нефрэктомии почка отсекалась после лигирования и пересечения мочеточника. Таким образом, операция выполнялась без какого-либо контакта со стенкой толстой кишки и селезенкой. «Окно» в брыжейке не ушивалось в 30 из 39 случаев.

Непараметрические показатели представлены в виде Me[25p;75p]. Оценивали частоту послеоперационных осложнений, продолжительность операции и сроки пребывания больных в стационаре.

Результаты и обсуждение

В случае трансмезентериальной ЛНЭ время операции составило 70 [60; 90] мин. Интра- и послеоперационных осложнений удалось избежать. Срок пребывания больных в стационаре составил 6 [5; 9] койко-дней. При анализе результатов трансмезентериальной ЛРез почки медиана времени операции составила 100 [90; 110] мин; сроки лечения – 7 [6; 9] койко-дней. Тепловая ишемия почки продолжалась в среднем 19 ± 5 мин. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Необходимости в гемотрансфузии и наркотических анальгетиках не отмечено.

Лапароскопические нефрэктомия и резекция почки по праву считаются оперативными вмешательствами, требующими от хирурга достаточных опыта и мануальных навыков [4-9]. Одним из наиболее важных этапов является мобилизация сосудистой ножки почки [4, 5, 7]. У пациентов, не страдающих ожирением, за счет минимальной толщины тканей магистральные сосуды просвечивают через брыжейку ободочной кишки. Последнее обеспечивает максимально быструю их идентификацию и возможность безопасной прецизионной диссекции. В наших наблюдениях трансмезентериальный доступ позволил эргономично осуществить прямой быстрый выход на абдоминальную аорту и устье почечной артерии. На это потребовалось гораздо меньше времени, чем обычно, и позволило избежать конфликтов с поясничной веной. Наиболее ответственным этапом резекции почки являются иссечение непосредственно опухоли и ушивание раны ее паренхимы [4-9]. Нам без труда удавалось выделить через «окно» в брыжейке всю почку в фасции Героты. Объем мобилизации предоставлял

возможность адекватного доступа к опухоли и осуществить как резекцию с последующим послонным интракорпоральным швом чашечно-лоханочной системы и паренхимы почки, так и радикальную нефрэктомия. При ретроспективном сравнении с традиционными лапароскопическими операциями, выполненными в клинике ранее, нами не отмечено отличия в эргономике или сроках тепловой ишемии. Более того, при локализации опухоли на передней поверхности почки доступ может расцениваться как метод выбора при ЛРез. Отсутствие необходимости мобилизации ободочной кишки и пересечения селезеночно-ободочной связки сводит к минимуму вероятность ятрогенных повреждений кишечной стенки и селезенки, а также является профилактикой послеоперационного пареза [12-14]. Однако выполнение подобных вмешательств у больных ожирением сопряжено с определенными трудностями и, скорее всего, не найдет широкого применения. Другим лимитирующим фактором являются анатомические особенности сосудистой архитектоники ободочной кишки. Так, в случаях, когда размер брыжеечного «окна», ограниченного сосудами кишки, не соответствует размерам хирургического интереса, выбор традиционного доступа наиболее рационален.

Заключение

Наши клиники располагают опытом не только трансмезентериальных лапароскопических резекционных пиело- и уретеропластик, но и пиело- и уретеролитотомий, а также нефрэктомий и резекций почки. Однако количество операций, выполненных из этого доступа по поводу опухолей, пока не позволяет провести адекватный статистический анализ и сделать определенные выводы. Тем не менее, на наш взгляд, у некоторых больных, он имеет ряд бесспорных преимуществ перед стандартным и может рассматриваться в качестве альтернативного доступа при адrenaлэктомии, нефрэктомии и резекции почки.

Сведения об авторах статьи

Кочкин Алексей Дмитриевич – к.м.н., врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: kochman@bk.ru.

Севрюков Федор Анатольевич – д.м.н., профессор, зав. отделением урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: fedor_sevrukov@mail.ru.

Галлямов Эдуард Абдулхаевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ, главный хирург ФБУ ЦКБ ГА. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 7.

Попов Сергей Валерьевич – д.м.н., главный врач СПбГБУЗ КБ Свяителя Луки, руководитель Городского центра эндоскопической урологии и новых технологий. Адрес: 194044, г. Санкт Петербург, ул. Чугунная, 46.

Пучкин Александр Борисович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Сорокин Дмитрий Алексеевич – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Карпунин Игорь Васильевич – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в.

Семеньчев Дмитрий Владимирович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: dsemenychev@yandex.ru.

Кнутов Александр Владимирович – врач-уролог отделения урологии НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД». Адрес: 603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в. E-mail: knutov-av@yandex.ru.

Сергеев Владимир Петрович – врач-уролог отделения урологии ГАУЗ МГОб № 62. Адрес: 143423, Московская обл., Красногорский район, п/о Степановское, поселок Истра, 27. E-mail: garivas@yandex.ru.

Новиков Александр Борисович – врач-уролог отделения урологии ФБУ ЦКБ ГА. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 7.

Санжаров Андрей Евгеньевич – врач-уролог отделения урологии МАУ ГКБ № 40. Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189. E-mail: sanz@mail.ru.

Орлов Игорь Николаевич – врач-уролог отделения урологии СПбГБУЗ КБ Святителя Луки. Адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, 46. E-mail: dok.orlov@gmail.com.

Преснов Константин Сергеевич – руководитель эндохирургической службы, врач-хирург отделения хирургии Медицинского центра Банка России. Адрес: 117593, г. Москва, Севастопольский проспект, 66. E-mail: kspresnov@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краткие рекомендации Европейской ассоциации урологов / под ред. М.И. Когана. – Ростов-на-Дону: ООО «Омега-Принт», 2009. – 317 с.
2. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов / Отв. ред. Т.В. Клюковкина, Н.В. Черножукова, А.Г. Шегай. – М.: ООО «АБВ-пресс», 2010. – 1031 с.
3. Clayman, R.V. Laparoscopic nephrectomy: initial case report / R.V. Clayman, L.R. Kavoussi, N.J. Soper, S.M.Dierks et al. // J Urol. – 1991. – Vol. 146. – P. 278-282.
4. Попов, С.В. Эндовидеохирургическое лечение больных с опухолями почек / С.В. Попов, А.И. Новиков, О.Н. Скрябин, Э.В. Зайцев. – СПб.: СПбМАПО, 2011. – 224 с.
5. Пучков, К.В. Лапароскопическая хирургия рака почки / К.В. Пучков, А.А. Крапивин, В.Б. Филимонов. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. – 164 с.
6. Атлас лапароскопических реконструктивных операций в урологии / под ред. М. Рамалингама, В.Р. Патела: пер. с англ. под ред. В.Л. Медведева, И.И. Абдуллина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 552 с.
7. Методы гемостаза при эндовидеохирургических нефронсберегающих операциях на почках / С.В. Попов [и др.] // Эндохирургия сегодня. – 2012. – № 2. – С. 11-19.
8. Лапароскопическая резекция почки: техника операции и современное положение. Обзор зарубежной литературы / Р.Ш. Хасанов [и др.] // Эндохирургия сегодня. – 2012. – № 2. – С. 53-68.
9. Stolzenburg, J-U. Laparoscopic and robot-assisted surgery in urology. Atlas of standart procedures / J-U. Stolzenburg, I.A. Turk, E.N. Liatsikos. –Springer Heidelberg Dordrecht London New York, 2011. – 386.
10. Laparoscopic bowel injuri in retroperitoneal surgery: current incidence and outcomes / M.J. Schwartz [et al.] // J Urol. – 2010. – Aug; 184(2). – P. 589-594.
11. Breda, A. Complications of laparoscopic surgery for renal masses: prevention, management and comparison with the open experience / A. Breda, A. Finelli, G. Janetschek, F. Porpiglia, F. Montorsi // Eur Urol. –2009. – Apr;55(4). – P. 836-850.
12. Shadpour, P. Prospective clinical trial to compare standard colon-reflecting with transmesocolic laparoscopic pyeloplasty / P. Shadpour, R.K. Nayyeri, R. Daneshvar, H. Salimi, H. Radfar // BJU Int. – 2012. – Vol.110. – P. 1814-1818.
13. Ramalingam, M. Transmesocolic approach to laparoscopic pyeloplasty: our 8-year experience / M. Ramalingam, K. Selvarajan, K. Senthil, M.G. Pai. // J Laparosc Adv Surg Tech A. – 2008. – Vol.18. – P. 194-198.
14. Laparoscopic Dismembered Pyeloplasty Through Transmesocolic Approach: Point of Technique and Our Experience / G.P. Abraham [et al.] // Journal of Endourology Part B, Videourology. – July 2013. – Vol. 27. doi: 10.1089/vid.2012.0055.

УДК 616-08-039.11

© И.С. Лумпов, А.В. Амосов, Г.Е. Крупинов, Е.А. Безруков, А.А. Обухов, А.А. Воробьев, 2015

И.С. Лумпов, А.В. Амосов, Г.Е. Крупинов, Е.А. Безруков, А.А. Обухов, А.А. Воробьев **ФОКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФОКУСИРОВАННЫМ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ (HIFU)**

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва*

С октября 2013 г. методом фокальной HIFU-абляции было пролечено 10 пациентов с верифицированным раком предстательной железы стадии <сT2a. Полученные результаты наблюдения в ближайшем послеоперационном периоде контрольных биопсий доказали высокую эффективность метода и низкий уровень послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак предстательной железы, фокальная HIFU-абляция, высокоинтенсивный фокусированный ультразвук, ультразвуковая абляция.

I.S. Lumpov, A.V. Amosov, G.E. Krupinov, E.A. Bezrukov, A.A. Obukhov, A.A. Vorobyov **FOCAL HIGH-INTENSITY FOCUS ULTRASOUND (HIFU) TREATMENT OF PATIENTS WITH PROSTATE CANCER**

From October 2013 10 patients with prostate cancer of stage <sT2a were treated by focal HIFU ablation. The results obtained in the immediate postoperative observation period by control biopsy proved high efficiency of the method and low level of postoperative complications.

Key words: prostate cancer, focal HIFU, high intensity focused ultrasound, ultrasound ablation.

В структуре онкологической заболеваемости ряда стран рак предстательной железы (РПЖ) занимает 2- 3-е места. Заболеваемость РПЖ продолжает неуклонно расти. В мире ежегодно выявляется около 550 тыс. новых случаев и приблизительно 200 тыс. мужчин