

## **НАШ ОПЫТ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ**

*Д.В. Лобанов, В.Г. Аристархов, Ю.Б. Кирилов, А.Н. Буцких*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Городская клиническая больница № 11 г. Рязани

**Статья посвящена хирургической технике видеоэндоскопического способа лечения нефроптоза и послеоперационному ведению больных.**

Конец XX – начало XXI века в хирургических дисциплинах характеризуется бурным развитием направлений с минимальной инвазивностью и травматичностью, особенно эндохирургии (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982г.). Эндохирургия является достаточно широким направлением в медицине, где, по праву, достойное место занимает лапароскопия. В настоящее время лапароскопический доступ получил широкое применение в хирургии, гинекологии и урологии. Многолетний опыт показал преимущества видеоэндоскопического способа лечения многих заболеваний перед традиционным открытым способом лечения. К преимуществам видеоэндоскопического способа относятся: минимальная инвазивность/травматичность; минимальный послеоперационный период; хороший косметический эффект; раннее восстановление трудоспособности пациентов с вытекающими социально-экономическими преимуществами [2,6,9]. Видеоэндоскопический способ лечения с использованием лапароскопического доступа с этих позиций является перспективным и используется, в настоящее время, для хирургического лечения, в том числе, и урологических заболеваний.

В урологии применяют как чрезбрюшинный (трансперитонеальный), так и забрюшинный доступы. По данным зарубежных и отечественных авторов, наиболее распространенным является использование чрезбрюшинного доступа [5,9].

Первое сообщение о лапароскопической нефропексии сделано D. A. Urban, R. V. Clayman, K. Kerbl (1993) [15]. W. Hubner, P. Schramek, H. Pfluger (1994) фиксировали почку к поясничным мышцам полиглакиновой сеткой и отметили хорошие результаты у всех оперированных [14]. Для фиксации почки ряд авторов использовали ретроперитонеальный доступ (I.Hirsch et al., 1994; J.Rassweiler et al., 1994; A.Mandressi et al., 1995; A.Partin et al., 1995; T.Matsuda et al., 1996), что не отразилось на результатах нефропексии [10].

Авторы отмечают следующие преимущества эндохирургической нефропексии: малая травматичность, отсутствие кровопотери, быстрая реабилитация в послеоперационном периоде, отчетливый клинический эффект [1,3,4,7].

### **Материалы и методы**

Лапароскопическая нефропексия выполняется нами с 2003 года. За это время прооперированы 32 пациента с симптоматическим нефроптозом, среди которых

мужчин – 4 (12.5%), женщин – 28 (87.5%). Возраст больных варьировал от 17 до 64 лет (средний возраст 28 лет). Всего выполнено 40 нефропексий, из которых 24 (60%) – справа, 8 (20%) – двухсторонних нефропексий.

Кроме общеклинического обследования, включая бимануальную пальпацию почек в орто- и клиностазе, больным проводились ультразвуковое исследование, рентгенологическое обследование (обзорная и внутривенная урография), радиоизотопная динамическая реносцинтиграфия.

У всех пациентов использовался трансперитонеальный доступ. В 4 (12.5%) случаях нефропексия сочеталась с другими операциями на почке, такими, как уретеролитотомия, иссечение солитарной кисты почки, пластика ЛМС. Всем больным видеоэндоскопическое вмешательство выполнялось под интубационным наркозом, в положении лежа на боку, противоположном стороне операции.

Как правило, мы используем 4 троакара: 2 – 10 мм и 2 – 5 мм:

- 10 мм троакар – по средней линии живота, в параумбиликальной (бессосудистой) зоне и телескоп с углом поля зрения 30\*;
- 5 мм троакар - по задней подмышечной линии в области косто – вертебрального угла;
- 10 мм троакар - по средне - ключичной линии, в подреберье, на 1 см ниже реберной дуги;
- 5 мм троакар - в подвздошной области на 2 – 3 см выше *spina iliaca anterior inferior*;

При установке, таким образом, троакаров образуется ромб с длинной диагональю от пупка до косто-вертебрального угла и формой напоминают разведенные края косопоперечного разреза по Федорову.

Лапароскопическая нефропексия осуществляется следующим образом. После вскрытия париетальной брюшины и мобилизации толстой кишки визуализируется почка. Сохраняя паранефральную клетчатку, производят полную мобилизацию почки во всех отделах, за исключением верхнего полюса. Такая мобилизация необходима для исключения противотяги почки вниз и к средней линии спайками при окончании нефропексии и облегчения укладывания почки на должном уровне. После мобилизации почку поднимают в сторону диафрагмы так, чтобы просвечивающийся в клетчатке мочеточник не имел перегибов, а ворота почки находились примерно на уровне середины тела I поясничного позвонка, что легко определить по самой верхней точке прикрепления латерального брюшка *m. psoas*. В таком положении, под нижним полюсом почки обнажается участок поясничной мышцы, к которому подшивают заранее выкроенную полоску полипропиленовой сетки (ППС) 1,5 x 12 см. Полоску ППС подшивают двумя Z – образными или двумя узловыми швами (викрил 3 – 0), швы завязываются интра – или экстракорпорально. Далее сетку перекидывают через нижний полюс почки и укладывают по передней ее поверхности, где фиксируют двумя Z – образными узловыми швами также из того же материала; остающийся неподшитый участок проленовой сетки срезают и удаляют. В 4 случаях мы использовали для фиксации ППС герниостеплер, что сокращает время операции и упрощает её техническое исполнение. Таким образом, почка оказывается подвешенной в полипропиленовом гамачке. Гемостаз осуществляется электрокоагуляцией по ходу операции. Дренажирование брюшной полости, за исключением 5 первых операций, не проводим. Целостность париетальной брюшины восстанавливаем клипированием. Считаем обязательным изоляцию фиксированной почки от брюшной полости.

Операцию заканчиваем осмотром брюшной полости, снятие пневмоперитонеума, узловые швы на кожные раны.

### **Результаты и их обсуждение**

Кровопотеря во время операции была минимальной и составляла до 50 мл. У 28 (87.5%) больных продолжительность операции составила от 60 до 150 минут (в среднем 90 минут). В 4-х случаях (12.5%) в связи с возникновением интраоперационных трудностей средняя продолжительность операции увеличилась до 110 минут. По мере накопления хирургического опыта отмечается тенденция к сокращению продолжительности операции. Во всех случаях оперативного лечения необходимости в конверсии не возникло.

Послеоперационный период протекал гладко. Летальных исходов и осложнений не наблюдалось; перистальтика кишечника не страдала. Необходимости применения наркотических анальгетиков не было; обезболивание проводилось с использованием ненаркотических анальгетиков, в среднем, в течение 2 (от 1 до 5) дней с кратностью введения 1 – 2 раза в 24 часа.

Продолжительность постельного режима составила трое суток, время необходимое для надёжной фиксации ППС сетки к почке. После операции больные быстро активизировались и могли быть выписаны на 7 сутки после операции. Мы провели наблюдение за больными в послеоперационном периоде, по результатам которого можно судить об эффективности проведенного лечения. Считаем, что наблюдение хирурга за пациентами после операции, адекватная оценка результатов оперативного лечения, важна не менее чем проведение самой операции.

### **Выводы**

1. Лапароскопическая нефропексия является эффективным хирургическим способом лечения больных нефроптозом, преимуществами которой являются: минимальная травматичность; сокращение сроков пребывания больных в стационаре, за счет сокращения послеоперационного периода и уменьшения послеоперационного болевого синдрома; хороший косметический эффект.

2. Лапароскопический трансперитонеальный доступ, имея чёткие анатомические ориентиры, большое пространство позволяет хорошо ориентироваться в ходе операции, даёт отличный обзор операционного поля и возможность свободной работы инструментами.

3. Двухсторонняя нефропексия выполненная лапароскопическим доступом не утяжеляет послеоперационного периода в сравнении с односторонней нефропексией.

4. Использование герниостеплера для фиксации полипропиленовой сетки облегчает технику операции и сокращает время операции. Однако её надёжность, в сравнении с интракорпоральным ручным швом, требует накопления клинического опыта и проведения экспериментальных исследований.

5. Фиксация почки с использованием лапароскопического доступа имеет безусловное преимущество перед традиционным хирургическим способом лечения нефроптоза. Однако забывать о нём не стоит, в связи с возможной конверсией во время лапароскопической нефропексии или имеющейся сочетанной патологии почки требующей классического хирургического доступа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абоян И.А. Малоинвазивный способ лечения нефроптоза / И.А. Абоян., А.Б. Ширанов. // Урология и нефрология. – 1999. – N. 2. – С. 25 – 28.
2. Баженов И.В. Малоинвазивная нефропексия / И.В. Баженов., А.В. Зырянов., В.В. Мирошниченко. // Вестн. 1-ой обл. клин. б-цы - Екатеринбург, 2002. – N. 4. – С. 22 – 25.
3. Давыдов А.А. Сравнительные ближайшие результаты открытой и лапароскопической нефропексии. / А.А. Давыдов, В.Б. Крапивин, В.Е. Шульц. // Эндоскопическая хирургия. – 2001. - N. 2. - С. 14 – 16.
4. Кадыров З.А. Особенности выполнения лапароскопических операций в урологии // З.А. Кадыров. // Моск. мед. жур. 2001. – N. 1. – С. 11 – 13.
5. Мешков С.В. Лапароскопическая нефропексия // С.В. Мешков, В.Б. Полутин, Е.П. Кривошеков. // Материалы VII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – Самара, 2004 г.
6. Особенности оперативной лапароскопической техники при операциях на почке. /Никольский В.И. //2 –й Мос. Междунар. Конгр. по эндоскопической хирургии - 1997. – С. 192 – 194.
7. Степанов В.Н. Лапароскопические и эндоскопические методы лечения некоторых урологических заболеваний // В.Н. Степанов, З.А. Кадыров // Анналы хирургии. –1999. – N. 6. – С. 122 – 129.
8. Хасанов В.В. Оптимизация лапароскопической нефропексии / В.В. Хасанов, А.Н. Чугунов // Альманах клинической медицины. – М., 1999. – Т. 2. – С. 207 – 210.
9. Чубаров А.И. Результаты лечения нефроптоза // А.И. Чубаров, А.А. Павлов // Самарский мед. жур. – 2002. – N. 1. – С. 56.
10. Anatomico – surgical study on a new technique of nephropexy/ De Angelis G., Cosenza U.M., Caggiati A. // G. Chir. – 1990. – Vol. 11, N 5. – P. 311 – 313.
11. Laparoscopic nephropexy: Washington University experience / Elashry O.M., Nakada S.Y., McDougall E.M. // Journal of Urol. – 1995. Vol.- 154, №5. – P. 1655 – 1659.
12. Renal ptosis: longterm results of nephropexy / Ferrando U., Cauda F., De Zan A. // Minerva Urol. – 1980. – Vol.- 32, N 4. – P. 197 – 210.
13. Laparoscopic nephropexy: 3 – years experience / Fornara P., Doehn C., Jocham D. // Jour. of Urol. – 1997. – Vol. - 158, N 5. – P. 1679 – 1683.
14. Laparoscopic nephropexy / Hubner W.A., Schramek P., Pfluger H. // Journ. of Urol. – 1994. – Vol.- 152, N 4. – P. 1184 – 1187.
15. Laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis: initial case report/ Urban D.A., Clayman R.V., Kerbl K // J.Endourol. – 1993. – Vol.- 7, N 1. – P. 27 – 30.

## OUR EXPERIENCE IN VIDEOIMAGE ENDOSCOPE NEPHROPEXY

D.V.Lobanov, V.G.Aristarkhov, J.B.Kirilov, A.N.Butskikh

**The article is devoted to the surgeon technology of videoimage endoscope way of treatment of nephropexy and postoperative looking after patients.**

