

креатинина после РАРП оказался наименьшим — $0,088 \pm 0,019$ ммоль/л ($0,118 \pm 0,038$ ммоль/л при ОРП, $p=0,0001$ и $0,110 \pm 0,041$ ммоль/л при ЛРП, $p=0,027$). Общая продолжительность госпитализации и послеоперационный койко-день были достоверно более короткими при РАРП и составили $12,3 \pm 7,8$ и $9,0 \pm 6,6$ суток ($16,9 \pm 5,8$ суток, $p=0,0001$ и $13,0 \pm 6,2$ суток, $p=0,011$, соответственно, при ОРП; $18,5 \pm 7,8$ суток, $p=0,0001$ и $11,4 \pm 4,2$ суток, $p=0,034$, соответственно,

при ЛРП). Пятилетняя опухоль-специфическая выживаемость РАРП, ОРП и ЛРП составила 98, 97,4 и 94,9% соответственно.

Выводы. РАРП превосходит ОРП и ЛРП по таким показателям, как ВТИ, объем кровопотери и частота переливания компонентов крови, динамика креатинина после операции и послеоперационный койко-день. РАРП и РАНЭ являются эффективными и безопасными способами лечения локализованного почечно-клеточного рака.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТАССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

© М. С. Мосоян¹, С. Х. Аль-Шукри¹, Д. Ю. Семёнов¹, А. М. Есаян¹, Д. М. Ильин¹, М. Э. Мамсуров²

¹ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

² ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Робот-ассистированные вмешательства год от года набирают популярность. В 2014 году в мире было выполнено около 570 000 роботических операций, до четверти которых составила радикальная простатэктомия. Нами был проанализирован собственный пятилетний опыт выполнения радикальной простатэктомии на роботе da Vinci в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» (г. Санкт-Петербург) пациентам с локализованным раком простаты (стадия T1–2N0M0) в положении Тренделенбурга трансперитонеальным доступом нами было выполнено 167 радикальных простатэктомий. Средний возраст больных составил 67 (49–76) лет. Объем предстательной железы колебался от 12 до 130 мл, средний уровень общего ПСА составлял 8,9 (4,4–22) нг/мл. У всех пациентов был установлен гистологический диагноз аденокарцинома предстательной железы, сумма баллов по Глиссону 5–9. Для выполнения операции троакары были расположены следующим образом: по нижнему краю пупка устанавливался 12 мм порт для лапароскопа. По дуге окружности, образованной передними остями подвздошных костей и пупком устанавливались три 8 мм роботических порта и один 12 мм ассистентский порт. По стандартной методике выполнялась антеградная радикальная простатэктомия. Всем пациентам с сохранной эректильной функцией производилась нервосберегающая радикальная простатэктомия

(всего 102 вмешательства) с полным или частичным сохранением сосудисто-нервного пучка. Для интраоперационного гемостаза использовались клипсы Hem-o-lok. Перевязка дорзального сосудистого пучка и наложение пузырно-уретрального анастомоза осуществлялась с помощью шовного материала V-loc. Удаленная простата извлекалась через отверстие 12 мм порта, расположенное по нижнему краю пупка. Оценивались время операции, объем кровопотери, частота конверсий, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, послеоперационный койко-день, а также онкологические и неонкологические результаты лечения.

Результаты. Средняя продолжительность радикальной простатэктомии составила 160 (75–200) минут, средний объем кровопотери — 130 (50–500) мл. В одном случае интраоперационно была повреждена подвздошная вена, дефект которой ушит при помощи робота. Конверсий не было, частота осложнений (Clavien I–II) составила 2,3%. Пациенты были выписаны на амбулаторное лечение на 7–9 суток. Уретральный катетер удален в среднем через 7,3 (7–8) суток. Сразу после удаления катетера мочу удерживало 91% пациентов, а спустя 1 год — 96% пациентов. У 72% пациентов с сохраненным сосудисто-нервным пучком в течение 1 месяца восстановилась эрекция. К концу года после вмешательства эректильная функция восстанавливалась у 92% мужчин. Частота положительного хирургического края составила 17%. 5-летняя безрецидивная выживаемость составила

94%, опухоль-специфическая и общая выживаемость — 100% и 97,5%.

Выводы. РАРП обеспечивает высокие онкологические и неонкологические результаты лечения локализованного рака предстательной железы. Воз-

можности робота в выполнении прецизионных манипуляций в области сосудисто-нервных пучков и наружного сфинктера уретры позволяют достичь высоких показателей удержания мочи и эректильной функции в раннем послеоперационном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОПЕКСИЯ КСЕНОПЕРИКАРДОМ

© *А. В. Никольский, Д. А. Демидов, М. С. Александров*

СПб ГБУЗ «Александровская больница» (г. Санкт-Петербург)

На сегодняшний день основным методом лечения нефроптоза и связанных с ним осложнений является органосохраняющая пластическая операция, ограничивающая патологическую подвижность почки в пределах физиологической — нефропексия. Известно более 200 способов фиксации почки.

Наиболее распространенной методикой нефропексии на сегодняшний день является способ, при котором используется полипропиленовая сетка. Синтетический имплантат одним концом пришивают к поясничной мышце, затем оборачивают нижний полюс почки и фиксируют свободный конец ленты к передней поверхности почки. Однако при использовании данного материала имеется ряд недостатков. Применение полипропиленового протеза, в частности из группы «тяжелых» эндопротезов, приводит к формированию в зоне фиксации плотного инфильтрата с исходом в грубый деформирующий рубец. Контакт поясничных мышц с полипропиленовой сеткой вызывает плотное сращение мышечных волокон с синтетическим материалом, что приводит к нарушению их функции. Кроме того, сетчатый имплантат, имея различную толщину за счет перекреста отдельных нитей, обладает травмирующим действием, которое можно сравнить с «тёркой», повреждает капсулу почки в зоне фиксации, что приводит к сдавлению, нарушает кровообращение, сопровождается развитием хронического воспаления и угрозой малигнизации.

Учитывая вышеперечисленные недостатки существующих материалов использующихся при хирургическом лечении нефроптоза, нами был разработан и применен способ фиксации почки в физиологически выгодном положении, с использованием биологически инертного материала — ксеноперикардальной пластины «КАРДИОПЛАНТ».

Известно применение ксеноперикардальной пластины в реконструктивной хирургии сердца и сосудов (Патент РФ № 2197818 «Способ подготов-

ки биоткани для ксенопротезирования»). Ксеноперикардальные пластины представляют собой ферментативно обработанные листы перикарда теленка. Применение изделия зависит от вида хирургической операции. Пластина имеет две поверхности: мезотелиальную (гладкую) и фиброзную (ворсистую). Мезотелиальная поверхность ксеноперикарда обладает способностью препятствовать адгезии. Фиброзная ворсистая поверхность пластины активно срастается с тканями организма.

Клинический пример

Больная Ф., 30 лет, истории болезни № 36603 госпитализирована 23.06.2014 г.

Диагноз: Нефроптоз справа 2 степени. Жалобы на периодические боли в поясничной области справа. Из анамнеза: обострение хронического пиелонефрита, более двух раз в год; мочекаменная болезнь: камень правого мочеточника (ДЛТ в апреле 2014 года). Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Пульс-74 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре стоя пальпируется патологически подвижная правая почка. Проведено обследование: УЗИ — признаки правостороннего нефроптоза, пиелокаликоектазия справа; Внутривенная урография — правосторонний нефроптоз 2 степени.

25.06.2014 г. выполнено хирургическое вмешательство. Техника операции: Под ЭТН выполнен лапароцентез. Инсуфляция CO₂ до 12 мм рт. ст. Под визуальным контролем установлено три рабочих порта. По линии Тольди, параллельно восходящей ободочной кишке вскрыта брюшина на протяжении 6 см. Выделена правая почка. Почка смещается ниже гребня подвздошной кости, сращена с паранефрием. Выполнен нефролиз. К поясничной мышце с использованием герниостеплера фиксирован, шершавой поверхностью, нижний край лоскута ксеноперикарда, имеющий размеры 5 × 10 см. Почка установлена в нормальное положение. Лоскут перикарда, свободным краем, гладкой