

Рецензия на статью «Нормотония – новое слово в лапароскопической резекции почки»

Review of the article “Normotension – new approach in laparoscopic partial nephrectomy”

Новое слово о старой доброй нормотонии

Онкологические результаты лапароскопических резекций почки давно не уступают результатам открытых операций [1]. В последнее десятилетие многие исследования направлены на улучшение функциональных результатов органосохраняющих операций.

Убедительно показано, что каждая минута тепловой ишемии сопровождается увеличением риска повреждения функции почки [2–4].

Целый ряд методов был предложен для минимизации ишемического повреждения почки при лапароскопических резекциях: half-ischemia, zero-ischemia, local ischemia и др. [5–7].

Безишемическая резекция почки – наиболее щадящий метод с точки зрения уменьшения риска снижения ее функции. Однако при резекции почки в условиях сохраненного кровотока визуализация гораздо хуже и, следовательно, выше риск получения положительного хирургического края. Кроме этого, выполнение операции без прекращения кровотока сопровождается существенно большей кровопотерей [3]. Для уменьшения кровопотери в некоторых центрах прибегали к управляемой артериальной гипотонии, прежде всего при резекциях внутриорганных и центрально расположенных опухолей [6]. Определенное удивление вызывают данные, полученные авторами в отношении кровопотери, которые противоречат результатам ранее опубликованных исследований. Средний объем кровопотери при нормотонической резекции оказался значительно меньше, чем при использовании артериальной гипотензии, и составил 125 и 450 мл соответственно. При отсутствии какого-то логического объяснения этого явления было бы любопытно узнать версию исследователей.

Тем не менее импонирует убежденность авторов в нецелесообразности применения искусственной артериальной гипотензии. Эта убежденность подкреплена результатами представленного исследования.

В частности, показан большой относительный риск развития острого почечного повреждения в первые 48 ч после операции и, соответственно, большее

снижение скорости клубочковой фильтрации в группе пациентов после применения гипотонии. Небольшие группы наблюдения (24 и 21 пациент соответственно) вполне компенсируются безупречной скрупулезной статистической обработкой. Риски интраоперационной гипотонии давно известны и убедительно показаны результатами как относительно старых, так и недавних исследований [8, 9].

В нашей клинике мы параллельно применяем целый ряд методик снижения ишемического повреждения при лапароскопических резекциях почки, в том числе на сохраненном кровотоке, с ранним восстановлением кровотока и использованием посегментной ишемии. При этом прогрессивная техника безишемической энуклеорезекции не смогла полностью вытеснить другие методики. В некоторых случаях временное пережатие ветви или даже ствола почечной артерии бывает необходимо для достижения хорошей визуализации и тем самым помогает добиться радикальности операции.

Как и во многих других центрах, мы никогда не использовали управляемую артериальную гипотензию при лапароскопических органосохраняющих операциях на почке, выполнив более 300 операций. Кстати, Inderbir Gill, автор цитируемой в работе методики резекции zero ischemia [10], в личной беседе признался, что уже давно не использует управляемую артериальную гипотонию. Поэтому единственный момент, который можно посоветовать изменить в этой статье, – название «Нормотония – новое слово в лапароскопической резекции почки». В этом случае «новое» – еще не забытое старое.

Тем не менее статья очень импонирует тем, что содержит ценные собственные данные, грамотно статистически обработанные, которые, безусловно, будут полезны урологам, онкологам, анестезиологам и другим специалистам.

Д.В. Перлин

(ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Gill I., Kavoussi L., Lane B. et al. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors. *J Urol* 2007;178(1):41–6. DOI: 10.1016/j.juro.2007.03.038.
- Becker F., Van Poppel H., Hakenberg O. et al. Assessing the impact of ischaemia time during partial nephrectomy. *Eur Urol* 2009;56(4):625–35. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.07.016.
- Thompson R., Lane B., Lohse C. et al. Every minute counts when the renal hilum is clamped during partial nephrectomy. *Eur Urol* 2010;58(3):340–5. DOI: 10.1016/j.eururo.2010.05.047.
- Thompson R., Blute M. At what point does warm ischemia cause permanent renal damage during partial nephrectomy? *Eur Urol* 2007;52(4):961–3. DOI: 10.1016/j.eururo.2007.04.051.
- Benway B., Baca G., Bhayani S. et al. Selective *versus* nonselective arterial clamping during laparoscopic partial nephrectomy: impact upon renal function in the setting of a solitary kidney in a porcine model. *J Endourol* 2009;23(7):1127–33. DOI: 10.1089/end.2008.0605.
- Ng C., Gill I., Patil M. et al. Anatomic renal artery branch microdissection to facilitate zero-ischemia partial nephrectomy. *Eur Urol* 2012;61(1):67–74. DOI: 10.1016/j.eururo.2011.08.040.
- Shao P., Qin C., Yin C. et al. Laparoscopic partial nephrectomy with segmental renal artery clamping: technique and clinical outcomes. *Eur Urol* 2011;59(5):849–55. DOI: 10.1016/j.eururo.2010.11.037.
- Vaara S., Bellomo R. Postoperative renal dysfunction after noncardiac surgery. *Curr Opin Crit Care* 2017;23(5):440–6. DOI: 10.1097/mcc.0000000000000439.
- Chertow G., Burdick E., Honour M. et al. Acute kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients. *Je Am Soc Nephrol* 2005;16(11):3365–70. DOI: 10.1681/asn.2004090740.
- Gill I., Eisenberg M., Aron M. et al. “Zero ischemia” partial nephrectomy: novel laparoscopic and robotic technique. *Eur Urol* 2011;59(1):128–34. DOI: 10.1016/j.eururo.2010.10.002.