

Рецензия на статью «Проблемы лапароскопической однопортовой радикальной нефрэктомии: клинический случай»

Review of the article "Laparoscopic single port radical nephrectomy challenges: a case presentation"

Радикальная нефрэктомия продолжает оставаться «золотым стандартом» лечения злокачественных новообразований почки больших размеров [1]. Во многих исследованиях показаны одинаковые онкологические результаты лапароскопических операций и открытых вмешательств при гораздо лучшем косметическом эффекте и меньшем количестве осложнений [2]. В течение 3 десятилетий после выполнения R.V. Clayman и соавт. первой лапароскопической радикальной нефрэктомии [3] продолжались поиски наименее инвазивных и наиболее эффективных методов этой эндоскопической операции. Ряд исследований посвящен сравнению трансперитонеального и ретроперитонеального доступов, оценке методик hand-assistance, NOTES и даже роботической нефрэктомии [4].

Разработка целого ряда специальных эндоскопических инструментов и портов для их введения привела в конце первой декады 2000-х годов к достаточно бурному развитию так называемой однопортовой (single port) хирургии [5]. В нашей клинике, как и во многих других, в этот период тоже активно внедрялись однопортовые операции, включая нефрэктомию. Поэтому я хорошо понимаю не только трудности, которые подробно описывают авторы при выполнении основных этапов операции, но и пути их разрешения, такие как перемещение камеры между портами или смена оптики с другим углом зрения. Кроме этого, возможно дополнительно использовать отдельный 3–5-миллиметровый порт [6], что, впрочем, делает вмешательство не совсем однопортовым.

Так или иначе, перечень ситуаций применения методики single port стал во многих центрах, включая нашу клинику, постепенно уменьшаться. По-видимому, это объясняется не только сложной эргономикой и периодически возникающими конфликтами инструментов снаружи, к которым все-таки постепенно привыкаешь, но и возможностью гораздо более простых решений в традиционной лапароскопии.

Например, расположение почечной артерии краиняльнее вены, которое приводит к техническим трудностям и увеличению продолжительности операции, по данным К. Matsumoto и соавт., не имеет никакого значения при использовании лапароскопического ретроперитонеального доступа [7]. Удаление почки с умеренно большой опухолью в нижнем полюсе также, как правило, не сопровождается трудностями при традиционном лапароскопическом доступе.

Можно не согласиться с авторами в отношении прекрасного косметического эффекта операции. Приводимые результаты А. Kurien и соавт. [8] относятся к выполнению донорской, а не радикальной нефрэктомии. Выбранное типичное расположение единого доступа в периаумбиликальной зоне, возможно, не оптимально с точки зрения косметического эффекта, так как впоследствии увеличит уже имеющийся рубец от перенесенной нижнесрединной лапаротомии. Расположив порт в зоне ранее выполненной операции, можно было сделать вмешательство впоследствии практически незаметным. Однако такая локализация могла привести к усложнению ангуляции инструментов.

Так или иначе, однопортовые вмешательства продолжают оставаться в арсенале урологов, но требуют определенной селекции пациентов. Выбранное авторами название статьи, по-моему, вполне отражает настоящее положение single port радикальной нефрэктомии. Пошагово представленное описание в работе хирургической техники, безусловно, представляет интерес для энтузиастов использования единого доступа в урологии и онкоурологии.

Д.В. Перлин, д.м.н., профессор
(ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»)

Литература

1. Kim S.P., Campbell S.C., Gill I. et al. Collaborative review of risk benefit trade-offs between partial and radical nephrectomy in the management of anatomically complex renal masses. Eur Urol 2017;72(1):64–75. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.11.038.
2. Flega L., Groeben C., Koch R. et al. Trends in renal tumor surgery in the United States and Germany between 2006 and 2014: organ preservation rate is improving. Ann Surg Oncol 2020;27(6):1920–8. DOI: 10.1245/s10434-019-08108-x.

3. Clayman R.V., Kavoussi L.R., Soper N.J. et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J Urol 1991;146(2):278–82. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)37770-4.
4. Minimally Invasive Urologic Surgery. Eds.: R.G. Moore, J.T. Bishoff, S. Loening et al. London; New York, 2005.
5. Raman J.D., Bensalah K., Bagrodia A. et al. Laboratory and clinical development of single keyhole umbilical nephrectomy. Urology 2007;70(6):1039–42. DOI: 10.1016/j.urology.2007.10.001.
6. Попов С.В., Новиков А.И., Зайцев Э.В. и др. Опыт выполнения монопортовых лапароскопических операций в лечении заболеваний почек. Урология 2013;(1):74–81. [Popov S.V., Novikov A.I., Zaitsev E.V. et al. Experience of monoport laparoscopic surgery in the treatment of kidney diseases. Urologiya = Urologiia 2013;(1):74–81. (In Russ.)].
7. Matsumoto K., Miyajima A., Fukumoto K. et al. Factors influencing the operating time for single-port laparoscopic radical nephrectomy: focus on the anatomy and distribution of the renal artery and vein. Jpn J Clin Oncol 2017;47(10):976–80. DOI: 10.1093/jjco/hyx105.
8. Kurien A., Rajapurkar S., Sinha L. et al. First prize: standard laparoscopic donor nephrectomy *versus* laparoendoscopic single-site donor nephrectomy: a randomized comparative study. J Endourol 2010;25(3):365–70. DOI: 10.1089/end.2010.0250.