

---

# СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

---

**Р. А. Хвастунов, Э. Г. Коновалов, А. Г. Чухнин**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ

## **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ «HAND ASSISTANT» НЕФРЭКТОМИИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

УДК 616.61-006.6-089 + 616.366-003.7-089

Представлен клинический пример редкого сочетания одномоментной лапароскопической «hand assistant» нефрэктомии при раке почки и лапароскопической симультантной холецистэктомии, выполненной по поводу калькулезного холецистита.

*Ключевые слова:* рак почки, лапароскопически ассистированная нефрэктомия, симультантная холецистэктомия.

---

**R. A. Khvastunov, E. G. Konovalov, A. G. Chukhnin**

## **A RARE CASE OF SINGLE-STAGE HAND-ASSISTED LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY AND CHOLECYSTECTOMY**

The article presents a rare clinical case of combination of a single-stage hand-assisted laparoscopic nephrectomy for renal cancer and a laparoscopic single-stage cholecystectomy for calculous cholecystitis.

*Key words:* renal cancer, hand-assisted laparoscopic nephrectomy, concomitant cholecystectomy.

---

Впервые выполненная французским хирургом Филиппом Муре в 1987 г. лапароскопическая холецистэктомия явилась событием, названным впоследствии «второй французской революцией». Результаты первых операций превзошли все ожидания. В последующие годы между различными школами идет буквально соревнование за освоение новых видов лапароскопических вмешательств. Благодаря работам Периссе и Дюбуа, лапароскопическая холецистэктомия распространяется по всей Франции. Через год Кушиэри, Бекер и др. внедряют эту операцию в Европе, а Барри Мак-Кернан в США. К 1990 г. лапароскопическая холецистэктомия заняла ведущее место в лечении желчнокаменной болезни, вытесняя традиционные операции в связи с существенными лечебными и экономическими преимуществами.

Первая лапароскопическая нефрэктомия была выполнена Clayman, et al. в 1990 г. по поводу почечной онкоцитомы. Год спустя Coitcoat, et al. выполнили лапароскопическую нефрэктомию больному с почечно-клеточным раком. В настоящее время в мире накоплен достаточный опыт выполнения данных операций, сни-

жена угроза осложнений, повсеместно сокращена их длительность с 7—8 до 2—2,5 часов [2]. Общепринятым показанием к лапароскопической нефрэктомии является малый рак почки T1-2N0M0 (опухоль до 4 см в пределах почки). Для выполнения лапароскопической нефрэктомии предложены два доступа: трансперитонеальный и ретроперитонеальный. При наличии в анамнезе обширных вмешательств на органах брюшной полости, которые могут являться причиной выраженного спаечного процесса, внебрюшинный доступ предпочтительнее [4]. Разработана методика лапароскопической ассистированной нефрэктомии, когда хирург осуществляет ручное пособие через минилапаротомию. Ряд авторов отмечают большую надежность и аблас-тичность такого подхода при раке почки, значительно меньшую продолжительность операций. При этом косметические «потери» представлены увеличением длины разреза, в среднем, на 1 см при ассистированной методике в сравнении с лапароскопической [3].

В торакоабдоминальном отделении ВОКОД № 1 мы накопили опыт различных эндоскопических и открытых операций в разных полостях по обе стороны от

диафрагмы. В настоящее время мы часто практикуем совмещение как эндоскопических, так и открытых вмешательств, выполняя лапаротомно-торакоскопические, лапароскопически-торакотомные и лапароскопически-торакоскопические их варианты. Данный клинический случай является примером удачной лапароретроперитонеоскопической ассистированной хирургической интервенции. Мы иллюстрируем:

1) Редкий на сегодня прием одномоментного исполнения сочетанных эндоскопических вмешательств.

2) Безопасность совмещения эндоассистированной лапароскопической холецистэктомии и нефрэктомии, позволяющих с минимальной травмой избавить больного от двух или нескольких недугов, не прибегая к повторным операциям.

3) Медико-социальные преимущества подобной тактики, сокращающей госпитальный период и ускоряющей реабилитацию пациентов за счет минимизации операционной травмы и косметического эффекта.

4) Возможность рентгенологической компьютерной навигации, позволяющей до операции четко изучить ангиоархитектонику почки, часто отличающуюся большим разнообразием.

Пациент П., 69 лет, находился на лечении в торакоабдоминальном отделении клиники ВОКОД №1 с 04.07.2011 по 11.07.2011 г. Жалоб не предъявлял. В анамнезе 13.05.2011 года флебэктомия слева по поводу варикозной болезни вен нижней конечности. Хронический калькулезный холецистит более 15 лет. Более 10 лет наблюдается по поводу кисты правой почки, проходя ежегодные ультразвуковые исследования (УЗИ). При очередном УЗИ 31.05.2011 года выявлено экстраренальное изоэхогенное образование в средней трети по латеральной поверхности правой почки размерами 5 × 4,5 × 4 см. В желчном пузыре визуализировался конкремент до 3 см в диаметре. Размеры желчного пузыря 2,8 × 7,5 см, толщина стенки 2 мм.

Данными компьютерной томографии от 16.06.2011 г. подтверждено солидное образование по латеральной поверхности верхнего сегмента правой почки размерами 3,7 × 4,2 × 5 см. Опухоль неоднородной плотности за счет участков некроза с нечеткими контурами (рис. 1).



Рис. 1. Обозначена опухоль правой почки

Образование поддавливает верхнюю чашечку правой почки без достоверных признаков ее инвазии. Окружающая паранефральная клетчатка имеет тяжистую структуру с признаками неовасогенеза. Лоханка почки и мочеточники не расширены, выделительная функция своевременная. Почечные сосуды при контрастном усилении — в одиночном наборе (рис. 2). Контрлатеральная почка интактна. Желчный пузырь содержит конкремент до 2 см (рис. 3).



Рис. 2. Рентгенологическая картина кровоснабжения правой почки одной артерией и одной веной



Рис. 3. Визуализирован желчный пузырь с одиночным конкрементом

При объективном осмотре существенных отклонений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Обращает внимание ожирение 2-й степени с индексом массы тела 36 %. Лабораторный мониторинг не выявил отклонений показателей от нормы. Осмотр кардиолога и терапевта.

Клинический диагноз: Рак правой почки. Желчнокаменная болезнь. Хронический обтурационный холецистит вне обострения. Ожирение 2-й степени. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Кардиосклероз III ст. ФК II. Артериальная гипертензия II ст., риск — 3.

Сформирована предоперационная концепция:

1. Размеры опухоли почки более 4 см в наибольшем измерении, признаки паранефрального неовазагенеза, ожирение являются показанием к нефрэктомии, которую решено выполнить лапароскопически с приемом «hand assistant».

2. Желчнокаменная болезнь вне обострения является показанием к лапароскопической холецистэктомии.

3. Удовлетворительное состояние больного позволяет выполнить операции одномоментно, нефрэктомию предварить холецистэктомией. Прием «hand assistant» решено распространить и на холецистэктомию.

07.07.2011 г. в положении больного на левом боку в условиях сочетанной мультимодальной анестезии в зоне правой подвздошной области выполнен косой разрез длиной 7 см. Введена рука хирурга, апертура вокруг нее герметизирована. Параумбиликально установлена эндовидеокамера, наложен пневмоперитонеум до 14 мм рт. ст. Установлено 2 дополнительных порта: параректальный манипуляционный, подреберный — для отведения печени. При ревизии — в желчном пузыре одиночный конкремент, другой патологии не обнаружено. Опухоль правой почки пальпации и осмотру не доступна из-за ожирения внутренних органов.

Тракция желчного пузыря и его мобилизация выполнена мануально с большим удобством. Артерия и проток желчного пузыря пересечены после предварительного двукратного клипирования. Ложе желчного пузыря вследствие бережной мануальной мобилизации не требовало коагуляции. Препарат обработан спиртом, инкорпорирован в контейнер, уложен за печень под диафрагму. Длительность этого этапа операции составила 33 минуты.

Широко рассечена брюшина правого бокового канала и спайки между сальником и печенью. Выделен до вхождения в полость таза мочеточник, где дважды клипирован и пересечен. Почка мобилизована с большим массивом паранефральной клетчатки от нижнего полюса. Визуализированы почечная вена диаметром 2 см, покрывающая одноименную артерию калибром около 1 см. Ранее многократно убедившись в корректности рентгенологических заключений относительно строения и количества почечных сосудов, мы отказались от контроля на aberrантные сосудистые образования. Поочередно дважды

ды клипирована артерия, далее трижды — вена, сосуды пересечены посредством аппарата «Лига-шу». Почка полностью мобилизована с клетчаткой, отсечена от окружающих тканей. Контроль на гемостаз. Из брюшной полости извлечен контейнер с желчным пузырем. Экстракция почки выполнена с трудностями из-за не соответствия ее размеров в блоке с клетчаткой длине лапаростомы. Через подреберный порт внедрен единственный трубчатый дренаж. Послойное ушивание ран.

Продолжительность операции — 2 часа 13 минут, суммарная кровопотеря — 300 мл.

Препарат: удалена правая почка (10 × 7 × 8 см) с опухолью до 5 см в диаметре, исходящей из верхнего ее сегмента, мочеточник. На разрезе опухоль желто-серого цвета с инвазией в группу чашечек. Желчный пузырь 2,5 × 8 см с конкрементом до 2 см. Гистологическое исследование подтвердило наличие умереннодифференцированного гипернефроидного светлоклеточного рака с инвазией капсулы почки, хронический холецистит.

В раннем и позднем периоде после операции осложнений не последовало. По дренажу на 1—2-е сут. поступало скудное серозно-геморрагическое отделяемое. Выписка пациента в удовлетворительном состоянии состоялась на 4-е сут.

Заключительный клинический диагноз: Рак правой почки рТ3N0M0. Желчнокаменная болезнь. Хронический obturационный холецистит вне обострения. Ожирение 2-й степени. ИБС. Кардиосклероз II ст. ФК II. Артериальная гипертензия II ст., риск — 3.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях специализированного стационара возможно одновременное исполнение различных малоинвазивных симультантных операций.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Крапивин А. А. и др. Опухоль почки // Урология: настоящее и будущее. — М., 2002. — С. 11—19.
2. Матвеев В. Б., Алексеев Б. Я., Теодорович О. В., Забродина Н. Б. и др. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии. — М., 2007. — С. 141—186.
3. Темиров Нурали Хамроевич. Лапароскопическая ассистированная радикальная нефрэктомия при лечении опухолей почек: дис. ... к. м. н. — М., 2006. — 115 с.
4. Battler R. A., Campbell S. C., Funk J. T., et al. // J Endourol. — 2001. — Vol. 15. — P. 899—902.