

Рецензия на статью «Ретроперитонеоскопический доступ при органосохраняющем лечении почечно-клеточного рака» Review of the article "Retroperitoneoscopic access in organ-preserving treatment of renal cell carcinoma"

Органосохранение и доступ: как это связано?

Ознакомившись с выводами исследования об эффективности и безопасности ретроперитонеоскопического доступа для органосохраняющего лечения почечно-клеточного рака и его положительном влиянии на ускоренное послеоперационное восстановление пациента, можно почувствовать себя участником профсоюзного собрания 80-х годов прошлого столетия: все полностью согласны с принятой резолюцией о важной роли... Мне, убежденному стороннику ретроперитонеоскопического доступа, тоже представляется, что выводы статьи абсолютно справедливы и спорить сегодня уже особенно не о чем. Авторы и не пытаются опровергать складывающуюся постепенно «аксиому», сравнив, например, лапароскопические операции, выполненные ретроперитонеоскопическим доступом, с трансперитонеальными.

Видимо, как и мне, авторам ситуация представляется достаточно ясной. Работа ограничивается анализом собственных результатов 47 ретроперитонеоскопических резекций с данными других не менее убежденных сторонников доступа [1, 2]. Действительно, во многих исследованиях ранее были показаны преимущества ретроперитонеоскопии в отношении сокращения продолжительности операции и времени доступа к почечным сосудам, уменьшения влияния давления CO₂ на интраоперационную гемодинамику, снижения риска повреждения органов брюшной полости [2–5].

Однако повод для дискуссии всегда можно найти. Органосохраняющее лечение подразумевает максимальное сохранение функции почки. Примерно 2/3 представленных вмешательств были выполнены в условиях общей тепловой ишемии, 1/3 – без пережатия почечной артерии. Было отмечено снижение средней скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с 92,7 мл/мин/1,73 м² перед операцией до 85 мл/мин/1,73 м² через неделю после вмешательства (правда, статистически недостоверное). В принципе, очень неплохой результат, но это «в среднем по больнице». Если бы пациенты были поделены на группы, возможно, снижение СКФ после пережатия почечной артерии оказалось более достоверным.

Результаты некоторых исследований, в том числе наших, показали, что выполнение резекции почки в условиях посегментной ишемии позволяет достоверно сократить степень снижения СКФ в ближайшем и отдаленном периодах по сравнению с операцией с пережатием почечной артерии [4, 6, 7]. Но причем здесь ретроперитонеоскопия?

Авторы статьи справедливо отмечают, что ретроперитонеоскопический доступ обеспечивает более быстрый и удобный путь к почечной артерии и, добавлю, как правило к ее сегментарным ветвям. С этой точки зрения выполнение ретроперитонеоскопических резекций в условиях пережатия отдельных сегментарных ветвей позволило бы уменьшить ишемическое повреждение почки. Отмечу, что в нашем исследовании большая часть органосохраняющих операций на почке была выполнена ретроперитонеоскопическим доступом [7].

Можно вполне согласиться с авторами, что не любую резекцию стоит выполнять при сохраненном кровотоке, прежде всего из-за недостаточной визуализации и повышения риска положительного края. Безусловно, не всякая опухоль подходит и для использования посегментной ишемии вследствие особенностей сосудистой архитектоники. Однако иногда этот метод может быть оптимальным решением между безышемической резекцией и пережатием почечной артерии. Это, хотя и не отмеченное авторами обстоятельство, может служить еще одним основанием согласиться с выводами статьи об эффективности ретроперитонеоскопического доступа при резекции почки.

Статья, безусловно, будет интересна урологам, онкологам и нефрологам.

Д.В. Перлин, д.м.н., профессор

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

D.V. Perlin, MD, PhD, Professor

(Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia; Volgograd Regional Urology Center)

Литература / References

1. Gin G.E., Maschino A.C., Spaliviero M. et al. Comparison of perioperative outcomes of retroperitoneal and transperitoneal minimally invasive partial nephrectomy after adjusting for tumor complexity. *Urology* 2014;84(6):1355–60. DOI: 10.1016/j.urology.2014.07.045
2. Ng C.S., Gill I.S., Ramani A.P. et al. Transperitoneal *versus* retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy: patient selection and perioperative outcomes. *J Urol* 2005;174(3):846–9. DOI: 10.1097/01.ju.0000169259.49754.02
3. Desai M.M., Strzempkowski B., Matin S.F. et al. Prospective randomized comparison of transperitoneal *versus* retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol* 2005;173(1):38–41. DOI: 10.1097/01.ju.0000145886.26719.73
4. Chung H.J., Chiu A.W., Chen K.K. et al. Alterations in pulmonary function after retroperitoneoscopic surgery. *BJU Int* 1996;78(6):821–5. DOI: 10.1046/j.1464-410x.1996.02572.x
5. Перлин Д.В., Дымков И.Н., Зипунников В.П. и др. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия: сравнение трансперитонеального и ретроперитонеального доступов. *Эндоскопическая хирургия* 2019;25(4):12–7. DOI: 10.17116/endoskop20192504112
Perlin D.V., Dymkov I.N., Zipunnikov V.P. et al. Laparoscopic radical nephrectomy: comparison of transperitoneal and retroperitoneal approach. *Endoskopicheskaya khirurgiya = Endoscopic Surgery* 2019;25(4):12–7. (In Russ.). DOI: 10.17116/endoskop20192504112
6. 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
7. Перлин Д.В., Александров И.В., Зипунников В.П., Каргин К.А. Лапароскопическая резекция почки с применением локальной ишемии. *Урология* 2013;(4):69–73.
Perlin D.V., Alexandrov I.V., Zipunnikov V.P., Kargin K.A. Laparoscopic partial nephrectomy using local ischemia. *Urologiia = Urology* 2013;(4):69–73. (In Russ.).