



**В.В. Бойко, С.В. Сушков,
И.В. Криворотько,
Е.Г. Доценко, С.Б. Пеев**

НАШ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

*ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии АМНУ»,
г. Харьков*

Резюме. В работе представлен опыт эндовидеохирургического лечения 46 больных с простыми кистами почек. Показаны преимущества данного метода и возможные ограничения его применения.

© Коллектив авторов

Ключевые слова: киста почки, эндовидеохирургическое лечение, симультанные вмешательства.

Вступление

В силу отсутствия патогномичных симптомов, еще не так давно окончательный диагноз простой кисты ставился только во время оперативного вмешательства [1, 3]. Широкое внедрение в практику современных методов визуализации значительно увеличило количество пациентов с кистозными образованиями почек, позволило на дооперационном этапе определять их характер и устанавливать показания к оперативному лечению и выбору метода его выполнения [2, 3, 4]. Данное положение актуализирует изыскание радикальных, малоинвазивных способов лечения, которые позволили бы удалить кисту, минимизировать осложнения и рецидивы с кратчайшими сроками потери трудоспособности больного [2, 3].

Этим требованиям отвечают эндовидеохирургические (ЭВХ) вмешательства. Их выгодно отличает от пункционных методов лечения кист радикальность, отсутствие рецидивов, доступность кист любой локализации и большие диагностические возможности при сомнениях врача в природе жидкостного образования. По сравнению с открытыми операциями ЭВХ методы предпочтительнее по параметрам малоинвазивности и возможностью одномоментного выполнения операций на обеих почках, симультанных операций.

Материалы и методы исследования

За период с 2006 по 2011 год выполнено 46 ЭВХ по поводу простых кист почек. Девяти пациентам операция выполнена с двух сторон. У 33 больных кисты были одиночные, у 13 – множественные, в двух случаях произведены симультанные операции – 8 фенестрация кист печени, в 2 холецистэктомии. Возраст больных колебался от 32 до 62 лет, мужчин было 14, женщин – 32.

Результаты исследований и их обсуждение

На дооперационном этапе все пациенты с кистозными образованиями почек обследовались по стандартной схеме, включавшей помимо общеклинического лабораторного обследования, ЭКГ и исследования ФВД, ком-

плекс визуализирующих обследований – УЗИ с дуплексным сканированием полости и магистральных сосудов, внутривенную урографию и СКТ (при необходимости с контрастированием). В 6 случаях выполнена ангиография с целью верификации вида кистозного образования, связи с крупными сосудами, наличия деформаций и сужения почечных сосудов. Анализ полученных данных позволял установить диагноз простой кисты почки, установить локальные особенности образования, на основании чего определялись показания и возможности выполнения ЭВХ вмешательств.

Показанием к оперативному лечению кист почек является наличие:

- болевого синдрома;
- симптоматической артериальной гипертензии;
- нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей;
- наличие большого кистозного образования почки, которое приводит к снижению качества жизни пациента.

Противопоказанием к ЭВХ служили связь образования с крупными сосудами, интрапаренхиматозный рост образования, подозрение на опухоль в кисте.

Все операции произведены транспариетальным доступом. Мы считаем, что данный доступ создает максимальное оперативное поле, облегчает контроль за окружающими тканями и органами, что исключает риск их травмы. Применялись четырехтраокарные доступы. Выполнялась мобилизация почки в объеме не менее двух сегментов в области локализации кисты, с обязательной визуализацией почечной ножки.

Патогенетический смысл основного этапа операции заключается (как и при открытом вмешательстве) в создании широкого соустья полости кисты с забрюшинным пространством. Оптимально иссечь свободную стенку кисты по границе с паренхимой почки, что было выполнено в 42 (91, 3%) случаях, но если это было сопряжено с риском повреждения крупных сосудов, лоханки или мочеточника, мы ограничивались меньшим объемом резек-

ции стенки кисты (4 пациента). В любом случае оставшиеся стенки кисты не должны соприкасаться, чтобы исключить их сращение и рецидив кисты. Обработка оставшегося эндотелия кисты склерозантами не проводилась. При иссечении стенки кисты предпочтение отдавалось комбинации биполярной коагуляции с последующим отсечением ее однополярным коагулятором. У одного больного мы наблюдали выраженное кровотечение из рассеченной стенки кисты, которая в данном случае была необычно толстой и содержала сосуды, этот участок был дважды клипирован, гемостаз достигнут. Оперативное лечение заканчивалось контролем гемостаза, дренированием раны и ушиванием троакарных ран. В 14 случаях нам удалось восстановить целостность париетальной брюшины с применением линейных клипаторов, в остальных экстраперитонизация достигалась простым смещением мобилизованных органов. При этом один из дренажей устанавливали к ложу кисты забрюшинно, второй дренировал брюшную полость. Время операции в начале освоения методики составляло 60-90 минут, в настоящее время сократилось до 30-50 минут. Ни у одного из оперированных больных не отмечено ослож-

нений, которые потребовали бы повторных вмешательств или каких бы то ни было дополнительных лечебных мероприятий. Длительность пребывания в стационаре после операции составила $5 \pm 0,9$ дней, срок нетрудоспособности – $6 \pm 1,3$ дня.

Отдаленные результаты прослежены у 21 пациента, в одном случае отмечен рецидив кисты правой почки, потребовавший повторного ЭВХ вмешательства.

Выводы

1. В отличие от пункционных методов ЭВХ вмешательства позволяют значительно снизить процент рецидивов простых кист почек.

2. По сравнению с открытыми методами ЭВХ операции значительно менее травматичны, снижают количество послеоперационных осложнений, сроки послеоперационного периода и реабилитации.

3. ЭВХ технологии требуют наличия соответствующей аппаратуры, высококвалифицированных специалистов, современных методов обследования, что обуславливает необходимость лечения данной категории больных в специализированных медицинских учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов, М.А. Газимиев. – Москва: Изд-во Р.Валент. – 2001. – С. 192.

2. Результаты применения некоторых методов лечения простых кист / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко, А.А. Балла [и др.]. – Здоровоохранение: Орган МЗ Респ. Беларусь. – 2001. – № 9. – С. 2 – 3.

3. Long-term follow-up after retroperitoneal laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts / A. Thwaini, I.S. Shergill, M. Arya [et al.] // Urol Int. – 2007. – Vol. 79(4). – P. 352 – 5.

4. Retroperitoneoscopic approach in the treatment of symptomatic renal cysts / I. Lutter, P. Weibl, I. Daniel [et al.] // Bratisl Lek Listy. – 2005. – Vol. 106(11). – P. 366 – 70.

НАШ ДОСВІД ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КИСТ НИРОК

**В.В. Бойко, С.В. Сушков,
І.В. Криворотько,
Є.Г. Доценко, С.Б. Пеев**

Резюме. В роботі представлений досвід ендовідеохірургічного лікування 46 хворих на прості кисти нирок. Наведені переваги цього методу та можливі обмеження його застосування.

Ключові слова: киста нирки, ендовідеохірургічне лікування, симультанні втручання.

OUR EXPERIENCE OF ENDOSURGICAL TREATMENT OF RENAL CYSTS

**V.V. Boyko, S.V. Suchkov,
I.V. Krivortco, E.G. Docenco,
S.B. Peev**

Summary. Experience of endosurgical treatment 46 patients with simple renal cysts is presented. Advantages of this method and possible limitations of his application are rotined.

Key words: renal cyst, endosurgical treatment, simultaneous operations.