

А. А. Люлько, А. О. Бурназ, И. Н. Никитюк, А. С. Сагань, М. В. Варвашеня
ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ КИСТАМИ ПОЧЕК

В статье приведены результаты лечения лапароскопического иссечения рецидивных простых кист почек у 22 больных.

Анализ полученных результатов показал, что лапароскопическое иссечение рецидивных кист почки является эффективным вмешательством с малым количеством осложнений и быстрой реабилитацией пациентов. Возникающие интраоперационные осложнения могут быть устранены без конверсии при достаточных навыках оперирующего хирурга и соответствующем оснащении операционной. При наличии достаточного опыта ретроперитонеоскопический доступ является менее инвазивным и сводит к минимуму (хотя и не исключает) риск травмы внутренних органов. Отсутствие привычных анатомических ориентиров, ограниченное пространство для манипуляций требует от оперирующего хирурга высокого профессионализма и отработанной техники выполнения лапароскопических операций всей хирургической бригады. В большинстве случаев осложнения наблюдались на этапе освоения метода. Полное определение показаний, оценка противопоказаний к проведению вмешательства, выполнение полноценного предоперационного обследования, а также строгое соблюдение соответствующих мер профилактики и правильная техника выполнения операции позволяют снизить риск возможных осложнений при этом методе лечения.

Ключевые слова: кисты почки, лапароскопия, ретроперитонеально, трансперитонеально.

В связи с развитием новых технологий, в урологии, коренным образом изменились подходы к лечению кистозных поражений почек. Критериями выбора метода лечения, являются: локализация кисты, произведенные ранее оперативные вмешательства в этой зоне, возраст, сопутствующая патология, личный опыт врача хирурга, качество аппаратуры и т.д.

Основные виды оперативного лечения кист следующие: субкостальные открытые доступы, транскutánные рентгенохирургические пункционные и эндовидеохирургические методы (трансперитонеальные или ретроперитонеоскопические) [1].

Открытое оперативное вмешательство в данный момент практически не выполняется или выполняется крайне редко из-за травматичности метода.

Чрескожное пункционное лечение простой кисты почки является доминирующим в украинской урологии, однако при этом рецидивирование кисты возникает в 80–90% случаев. Параллельно с пункцией кисты применяется введение склерозирующих растворов, а также их последующее дренирование с поэтапной санацией. Однако и при использовании склерозирующих растворов частота рецидивов кист остается высокой и, по данным разных авторов, колеблется от 12,3 до 33%.

В настоящее время лапароскопическая резекция простых кист почек считается безопасным и эффективным методом лечения [2–5].

Нами представлен наш собственный опыт эн-

доскопического иссечения кист почек трансперитонеальным и ретроперитонеальным доступом.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ результатов лапароскопического иссечения рецидивных кист почек за период с 2011 по 2013 гг. у 22 больных. Возраст пациентов варьировал от 28 до 68 лет (средний возраст составил 42,4 года). Из них мужчин было 12 (59%), женщин 10 (41%). У 16 (72,7%) пациентов на дооперационном этапе диагностировали одиночные простые кисты, у 2 (9%) – множественные, и у 4 (18,3%) были выявлены многокамерные кисты. У 20 пациентов заболевание было односторонним, а у 2-х кисты контрлатеральной почки были незначительных размеров, 2,4 и 2,9 см соответственно. Среди 22 пациентов средний размер простой кисты почки составил 8,9 см. Эндохирургическое вмешательство из трансперитонеального доступа выполнено 12 (55%), из ретроперитонеального 10 (45%).

У всех пациентов предоперационное обследование было выполнено по стандартной схеме (табл. 1).

Лабораторные исследования заключались в выполнении клинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, бактериологического посева мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Дооперационные методы исследования

Методы исследования	Количество больных	Непереносимость йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ
Ультразвуковое исследование	22	
Обзорная урография	22	
Экскреторная урография	19	3
Рентгеновская компьютерная томография	3	3
Рентгеновская компьютерная томография внутривенным контрастным усилением	19	

Показанием к хирургическому лечению кист почек мы считаем нефрогенную артериальную гипертензию, снижение функции почки, деформацию чашечно-лоханочной системы и нарушение пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям, прогрессирующее увеличение размера кисты, болевой синдром, гематурию. Наличие кисты почки больших размеров в отсутствие клинических проявлений, но с нарушением функции почки также являлось показанием к операции.

Для определения метода доступа, локализация и размер кист имеет большое значение. Трансперитонеальный доступ применяется чаще при локализации кист в верхнем сегменте, в среднем сегменте по передней поверхности. При этом визуализация осуществляется без технических трудностей, особенно когда были большие размеры кисты. В остальных случаях применяли ретроперитонеальный доступ.

При трансперитонеальном доступе, пациент находился на боку, под эндотрахеальным наркозом создавался пневмоперитонеум и вводился 10 мм троакар на 1 см выше пупка, дополнительно по средней аксиллярной линии вводили 2 дополнительных троакара для введения манипуляторов. После определения топографической анатомии почки и вскрытия брюшины производили выделение паранефральной клетчатки и мобилизацию кисты. Затем производили вскрытие кисты на небольшом участке или пункцию и эвакуацию ее содержимого. Жидкость аспирировалась асептичной иглой и направлялась на цитологическое исследование. Выполнялась кистоскопия. Для иссечения стенки кисты использовались эндоожницы с коагуляцией. Резецированный участок извлекался лапароскопом и отправлялся на исследование. Ложе и оставшиеся стенки кисты коагулировали и обрабатывали спиртом. Для остановки кровотечения использовалась коагуляция в моно или биполярном режиме. Телескопом производился осмотр основания кисты с целью исключения опухоли. При наличии подозрительных участков выполнялась биопсия. Полость кисты дренировалась. Дренаж выводился через поясничную область. Периренальная клетчатка помещалась в полость кисты, и дефект брюшины закрывался эндошвом или накладывались клипсы.

При ретроперитонеальном лапароскопическом доступе, пациент находился в положении на здоровом боку, в поясничном треугольнике делался разрез кожи длиной 1 см и с помощью инструмента (корнцанга) достигалось забрюшинное пространство. Затем в забрюшинное пространство вводился троакар с оптикой и инсуффляцией CO₂ создавалось рабочее пространство. Первый дополнительный троакар вводился у конца 12 ребра, примерно по средней подмышечной линии, второй чуть выше верхней задней подвздошной ости. Троакары вводились в забрюшинное пространство под контролем лапароскопа, не повреждая париетальную брюшину. Рассекали почечную фасцию и мобилизовали латеральную поверхность почки. Сначала мобилизовали ее, а затем полюса почки. На этом этапе рекомендуется устанавливать третий дополнительный троакар по передней подмышечной линии напротив первого, введенного в поясничном треугольнике. Третий троакар нужен, чтобы отводить почку медиально и обеспечить доступ к ее задней поверхности и воротам.

В большинстве случаев киста легко определяется по выбуханию над поверхностью почки. После того как с поверхности кисты аккуратно удаляются соединительная ткань и жировая клетчатка, киста выглядит как объемное образование голубоватого цвета, четко ограниченное от окружающей почечной паренхимы. Стенку кисты осторожно иссекали электроножом и направляли на гистологическое исследование. Образовавшуюся полость тщательно осматривали. При подозрении на злокачественную опухоль выполняли биопсию. Забрюшинное пространство дренировали страховым дренажом. Затем удаляли троакары и ушивали участки проколов.

Страховые дренажи удалялись на 2–3 сутки в зависимости от количества отделяемого. Активация пациентов производилась на следующие сутки, выписка на следующие сутки после удаления страхового дренажа с последующим ультразвуковым контролем. Средняя продолжительность операции при трансперитонеальном или ретроперитонеальном доступе составила 45 минут (20–160 минут). С приобретением опыта время операции значительно сократилось.

Наблюдение за пациентами заключалось в их активном наблюдении в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев. Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 2-х лет. Сроки выздоровления варьировали от 3 до 6 суток. Средняя продолжительность койко-дня составила 4 дня. Результаты лечения были оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критерии оценки эффективности лечения оценивались по данным результатов постоянного послеоперационного обследования больных. Комплексное урологическое обследование было проведено всем 22 пациентам.

Среди успешно выполненных лапароскопических операций хорошего результата лечения удалось добиться в 18 (82%) случаях. Хорошими отдаленными результатами лечения считали отсутствие рецидива кисты при контрольном ультразвуковом исследовании через год после лечения, отсутствие жалоб у больного, устранение артериальной гипертензии, улучшению или стабилизации функции почек при определяющих нарушениях до операции.

В 2-х (9%) случаях получен удовлетворительный результат лечения. Удовлетворительным результатом признавали наличие остаточной полости в ложе кисты по данным ультразвукового исследования диаметром 2–2,5 см, без тенденции к увеличению и отсутствие ранее имевшихся клинических симптомов.

В 2-х случаях получены неудовлетворительные результаты, которые характеризовались сохранением болевого синдрома и артериальной гипертензии.

Таким образом, у всех 22 пациентов, по данным контрольного исследования, рецидива кисты выявлено не было.

Осложнения, возникшие во время лапароскопического иссечения стенок кисты были отмечены у 3-х пациентов, в виде периренальной гематомы от 3-х до 4-х см, что не потребовало дополнительных мероприятий. У 1 пациента имеющего многокамерную кисту и сообщение с полостной системой, пришлось перейти на конверсию.

Активного интраоперационного кровотечения мы не наблюдали ни в одном из случаев. Объ-

ем кровопотери составил от 10 до 100 мл. Следует отметить, что в большинстве случаев осложнения наблюдались на этапе освоения метода. Полное определение показаний, оценка противопоказаний к проведению вмешательства, выполнение полноценного предоперационного обследования, а также строгое соблюдение соответствующих мер профилактики и правильная техника выполнения операции позволяют снизить риск возможных осложнений при этом методе лечения.

Полученные статистически значимые результаты лапароскопического лечения простых кист почек, в зависимости от трансперитонеального и ретроперитонеального доступа ($p < 0,05$), свидетельствуют о том, что при наличии достаточного опыта можно удалить кисту любой локализации ретроперитонеоскопическим методом. При двухсторонних кистах скорее показан трансперитонеальный доступ. Осложнения чаще всего возникали при лапароскопическом доступе на этапе внедрения метода.

На основании данных гистологического исследования иссеченных оболочек, признаков малигнизации ни в одном из случаев не выявлено.

Выводы

1. Возникающие интраоперационные осложнения могут быть устранены без конверсии при достаточных навыках оперирующего хирурга и соответствующем оснащении операционной. При наличии достаточного опыта ретроперитонеоскопический доступ является менее инвазивным и сводит к минимуму (хотя и не исключает) риск травмы внутренних органов. Отсутствие привычных анатомических ориентиров, ограниченное пространство для манипуляций требует от оперирующего хирурга высокого профессионализма и отработанной техники выполнения лапароскопических операций всей хирургической бригады.

2. Лапароскопическое иссечение кист почки является эффективным, безрецидивным вмешательством с малым количеством осложнений и быстрой реабилитацией пациентов.

Список литературы

1. Возіанов О. Ф., Люлько О. В. Атлас-керівництво з урології: У 3-х т. – 2-е вид., переробл. та доп. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2001. – 519 с. – т. 3.
2. Пушкарь Д. Ю. Урология: основные разделы. МЕДпресс-информ, 2004. – 192 с.
3. Рамалингама М. Атлас лапароскопических и реконструктивных операций в урологии. ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 552 с.
4. Ramani A. P., Desai M. M., Steinberg A. P. Complications of laparoscopic partial nephrectomy in 200 cases //J. Urol. – 2005. – Vol. 173, N 1. – P. 42–47.
5. Thompson R. H., Leibovich B. C., Lohse C. M. Complications of contemporary open nephron-sparing surgery: a single institution experience //J. Urol. – 2005. – Vol. 174, N 3. – P. 855–858.

О. О. Люлько, О. О. Бурназ, І. М. Нікітюк, О. С. Сагань, М. В. Варвашеня
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ДІАГНОСТИКА І ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВНИМИ КІСТАМИ НИРОК

У статті наведено результати лікування лапароскопічного видалення рецидивних простих кіст нирок у 22 хворих.

Аналіз отриманих результатів показав, що лапароскопічне видалення рецидивних кіст нирки є ефективним, втручанням з малою кількістю ускладнень та швидкою реабілітацією пацієнтів. Інтраопераційні ускладнення можуть бути усунені без конверсії при достатніх навичках хірурга і відповідному оснащенні операційної. При наявності достатнього досвіду оператора, ретроперитонеоскопічний доступ є менш інвазивним і зводить до мінімуму (хоча і не виключає) ризик травми внутрішніх органів.

Відсутність звичних анатомічних орієнтирів, обмежений простір для маніпуляцій вимагає від хірурга професіоналізму і відпрацьованої техніки виконання лапароскопічних операцій всієї хірургічної бригади. У більшості випадків ускладнення спостерігалися на етапі освоєння методу. Повне визначення показань і оцінка протипоказань до проведення втручання, виконання повноцінного передопераційного обстеження, а також суворе дотримання відповідних заходів профілактики і правильна техніка виконання операції дозволяють знизити ризик можливих ускладнень при цьому методі лікування.

Ключові слова: кісти нирки, лапароскопія, ретроперитонеально, трансперитонеально.

О. Lyul'ko, A. Burnaz, I. Nikitiuk, O. Sagan, M. V. Varvashenia
State Institute "Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine"

DIAGNOSIS AND SELECTION OF TREATMENT IN PATIENTS WITH RECURRENT KIDNEY CYSTS

The results of treatment of laparoscopic excision of simple renal cysts in 22 patients.

Analysis of the results showed the laparoscopic excision of renal cysts is effective, disease-free intervention with few complications and faster rehabilitation patients. Emerging intraoperative complications can be eliminated without conversion, with adequate skills of the operating surgeon and the appropriate equipment operating.

In the presence of high experience and skill of the operator, retroperitoneoscopic access is less invasive and minimize (but not eliminate) the risk of internal injuries.

The absence of the usual anatomical landmarks, limited space for manipulation requires the operating surgeon excellence and spent a permanent art laparoscopic operations throughout the surgical team.

In most cases, complications were observed on the development stage of the method.

With full determination of the indications and contraindications for the evaluation of the intervention, the full implementation of preoperative assessment, as well as strict adherence to appropriate prevention and the proper technique of the operation can be avoided almost all the possible complications of this treatment.

Keywords: renal cyst, laparoscopy, retroperitoneal, transperitoneal.