

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТ НИРОК

С.О. Возіанов ¹, О.О. Підмурняк ²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Хмельницька обласна лікарня

Вступ. Кістозні захворювання нирок широко розповсюджені в усьому світі. За даними Т.Ф. Whelan (2010), на розтинах осіб, старше 50 років, виявлення кіст нирок перевищують 50% [1]. Із впровадженням у клінічну практику комп'ютерної томографії в осіб цієї вікової групи частота прижиттєвого виявлення простих кіст при обстеженні складає близько 33% [2]. Лікувальна тактика та підходи урологів щодо визначення показань до необхідності лікування кістозних захворювань нирок та вибору методу їх лікування суперечливі [3, 4]. Перш за все хірургічне втручання при кістах нирок проводиться тільки у випадках ускладнень та вторинних обструкцій, а також при підозрах на злоякісний характер змін. Надійним методом лікування є відкрита операція. Радикалізм, можливість виявлення злоякісної пухлини, профілактика гіпертонії, прогресуючої атрофії паренхіми чи малігнізації стінки кісти – найбільш важливі аргументи на користь цього методу [4, 5]. В той же час, важкий доступ та цілий ряд можливих ускладнень при відкритих операціях підштовхнуло до розвитку малоінвазивного напрямку в лікуванні простих кіст нирок. Широке впровадження таких методів в урологію різко зменшило кількість відкритих операцій із приводу простих кіст нирок. При простих кістах нирок використовуються різні доступи: черезшкірні, лапароскопічні та ретроградні [6, 7, 8]. Проте, частина ендоскопічних методів лікування не виправдала всіх покладених на них надій. Багаторічні спостереження свідчать про значне сильне перебільшення їх радикальності. Є також повідомлення, в яких вказується на 20–30% і навіть 45% резидуальних (рецидивних) кіст, що, правда, в більшості випадків вони не досягають попередніх даних [9].

Хоча перша публікація А. Steg про лікування кіст черезшкірною пункцією з'явилась декілька десятиріч тому, цей метод повністю використовувався, що було обумовлено відсутністю надійного контролю за виконанням маніпуляції. Лише з впровадженням у клінічну практику сучасних ультразвукових сканерів через-

шкірна пункційна хірургія отримала широке застосування [8]. Недостатня радикальність, часті рецидиви, що виникають після виконання тільки черезшкірної пункції кіст нирок (відсоток рецидиву становить, за деякими даними, від 8,6% до 15,6%), примусили шукати нові способи підвищення її ефективності. [9, 10]. Для цього запропоновано введення в порожнину кісти після аспірації ряду склерозуючих речовин: 96%-вого спирту, 50%-вого розчину фенолу, розчину Люголя, 5%-вого розчину йодної настойки, варикоциду, ліпідолу, вістарину та ін. [8]. Незважаючи на їх велику кількість, на сьогоднішній день немає єдиного погляду на доцільність введення тих чи інших видів склерозуючих речовин у порожнину кісти. Крім того, перед проведенням цього виду лікування слід упевнитись, що патологія не є злоякісною – 15% ниркового раку має порожнинну структуру [9, 11]. При медіальному й парапельвікальному розташуванні кіст черезшкірна пункція недоцільна взагалі, через високий ризик ушкодження паренхіми нирки і її судин. У таких випадках збільшується роль ендовідеохірургічних (ЕВХ) втручань із лапароскопічною резекцією стінки кісти [1, 6]. Вони мають ряд переваг: високу інформативність, діагностичні можливості, технічну простоту, а також невелику інвазивність і високу толерантність до психологічного стресу хворих. Крім того, невелика частота і типовий характер ускладнень подібних втручань відрізняють їх від інших методик [1, 7].

Незважаючи на те, що ЕВХ операції більш травматичні ніж пункційний метод, але їх результати зазвичай кращі завдяки більшій точності втручання та діагностичним можливостям для виключення злоякісного характеру процесу. За якісними показниками вони не поступаються відкритим методам, переважаючи їх у меншій травматичності та більш швидкій реабілітації пацієнтів. У той же час, досвід застосування ЕВХ методик при кістах нирок у вітчизняній урології є недостатнім. Такі базисні питання як покази та протипокази, оцінка ефективності ЕВХ втручань, їх порівняння із традиційними, ступінь

хірургічної травми, потребують подальшого вивчення.

Мета дослідження. Встановити особливості клінічних проявів кістозної патології у пацієнтів з показами до оперативного лікування за EBX технологіями.

Матеріал і методи дослідження. Нами проаналізовані результати лікування пацієнтів із кістами нирок. Під спостереженням в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011–2013 рр. було 130 пацієнтів із кістами з малим ризиком малігнізації за класифікацією Bosniak I та II категорій, середній вік хворих – 53,4 року. Серед обстежених було 96 пацієнтів, прооперованих з використанням ендовідеохірургічних методик (основна група), результати порівнювалися з даними 34 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією, але з відкритими операціями. Віко-статева структура та передопераційна підготовка хворих не відрізнялися між групами. При виконанні ендовідеохірургічної операції використовувалися два доступи – лапароскопічний та ретроперитонеальний. Отримані результати оброблялися методами варіаційної статистики (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Результати та їх обговорення. Нами застосовувався свій власний спосіб хірургічного лікування кіст нирок ендовідеохірургічним методом з ретроперитонеальним доступом. Методика забезпечувала досягнення високого технічного результату – зниження інвазивності процедури, досягнення радикальності у видаленні стінок кісти та попередження рецидивів. Цей спосіб захищений патентом на корисну модель.

Перевагами нашої методики є візуальний контроль тканин та судин, що оточують кісту, можливість видалення кіст розташованих паралельно в верхньому полюсі та видалення множинних кіст однієї нирки, можливість отримання гістологічного матеріалу для дослідження, підвищення онкологічної настороженості при об'ємних утвореннях нирок.

Важливою рисою успішного лікування є передопераційна топічна діагностика кісти, для якої найбільш точним є проведення мультиспіральної КТ. Навіть наявність у пацієнта солітарної кісти великого розміру потребує старанного вивчення її топографії для створення оптимального доступу та зменшення ризику пошкодження оточуючих тканин.

Поставлене завдання вирішується створенням ретроперитонеального EBX доступу. При цьому доступі пацієнт розташовується в повну

бічну позицію на здоровий бік. Пальпаторно визначаємо край *m. erector spinae* на середині відстані між *spina iliaca* та 12 ребром. У вибраній ділянці виконуємо розріз 10 мм, далі затискачем розшаровуємо підшкірну жирову клітковину. Перфоруємо поверхневий листок *fascia thoracolumbalis*, проходимо по латеральному краю розгинача спини та квадратного м'яза, перфоруємо глибокий листок *fascia thoracolumbalis*, *m. quadratus lumborum* та потрапляємо в заочеревинний простір.

У подальшому, операційний доступ формують за стандартною схемою. Балонний дилататор заводили в заочеревинний простір та наповнювали стерильною рідиною до об'єму від 500 до 1000 мл. Після наповнення очікували до 5 хв., з метою компресії дрібних судин та зупинки кровотечі з них. Наступним кроком у створену порожнину заводили троакар та підключали інсуфляцію вуглекислого газу. Хірург відсував очеревину медіально, «захопивши» передню черевну стінку. Після балонної дилатації заочеревинного простору у створений простір вводили 3 троакари, перший з яких з лапароскопом, а другий та третій – з операційними інструментами.

Втручання включало виділення кісти та хірургічні маніпуляції із нею, які полягають у тому, що розсікають фасцію Герота, мобілізують нирку над кістою під візуальним контролем. Після цього виділялась стінка кісти, максимально відсепаровувалася від оточуючих тканин до чіткої межі між кістою та ниркою (рис. 1).

Стінка кісти розсікалась на довжину достатню лише для заведення в порожнину кісти ендоскопічного відсмоктувача. Після евакуації рідини розріз стінки подовжували. Обов'язково виконується ретельний візуальний огляд стінок та порожнини кісти (рис. 2).

Після цього, за допомогою зубчастого затискача, виконували тракцію стінки кісти й одночасно другим інструментом селективно відділяли від навколишніх тканин. Виділені стінки кісти відсікалися із застосуванням коагулятора й видалялися через один із троакарів, оголяючи ложе кісти (рис. 3).

До ложа кісти встановлюють дренаж, стінка кісти направляється на гістологічне дослідження. Пацієнти повертаються до звичайного життя через 1–2 доби.

Стосовно лапароскопічного чи ретроперитонеоскопічного доступу вважаємо, що останній є більш універсальним та «ближче» до уролога, і саме тому ми віддавали перевагу йому, оскільки з нього можливо видалити будь-яку кісту.

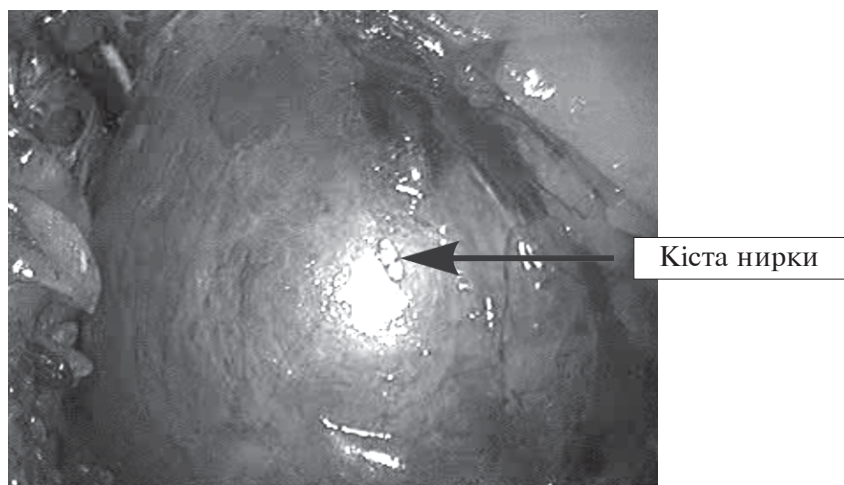


Рис. 1. Відсепарована кіста з чіткими межами від паренхіми нирки

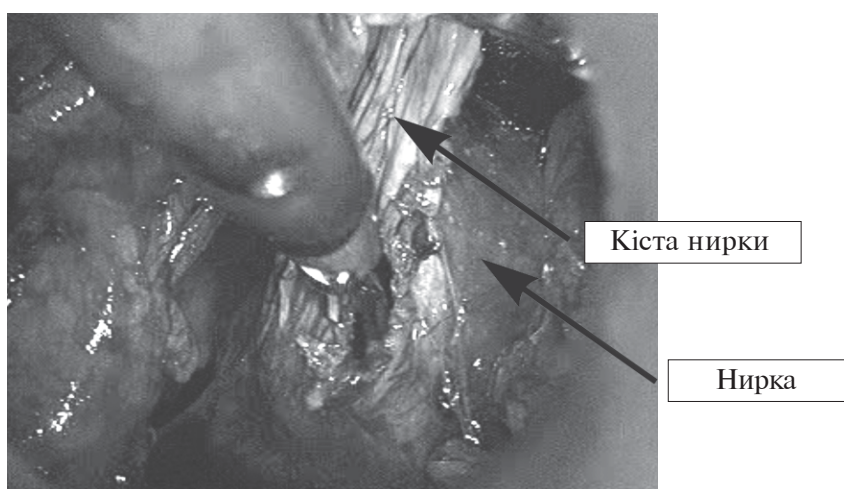


Рис. 2. Відсепарована кіста після евакуації рідини

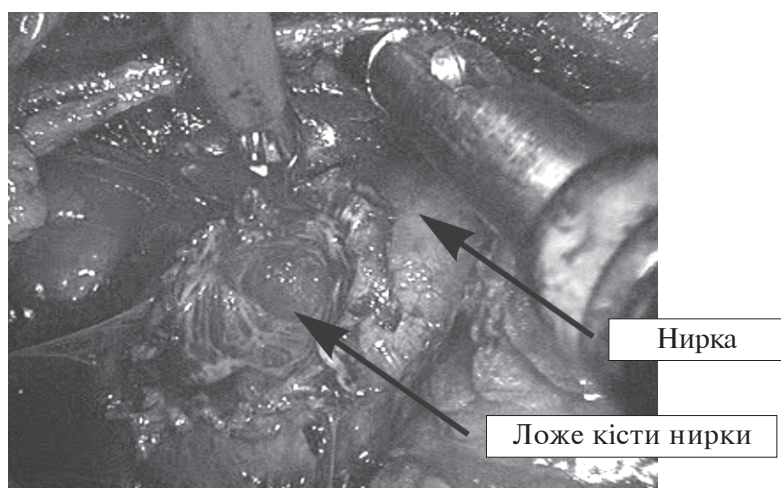


Рис. 3. Ложе кісти після її видалення

Висновки

Підсумовуючи наш досвід по ЕВХ лікуванню кіст, ми прийшли до наступних висновків:

1. Для латеральних субкапсулярних кіст, незалежно від розташування (верхній, нижній

полюси чи середня частка), слід застосовувати пункційні методики зі встановленням дренажу та склеротерапією.

2. Латеральні кортикальні кісти з метою запобігання рецидиву слід оперувати ЕВХ тех-

нікою з тампонуванням порожнини кісти жировою клітковиною заочеревинного простору.

3. Центральні (інтрапаренхіматозні) кісти більше 4 см в діаметрі та медіальні кісти (субкапсулярні, кортикальні), незалежно від розташування (верхній, нижній полюси чи середня частка), слід оперувати з використанням ЕВХ.

Перспективи подальших досліджень. Продовжити накопичення досвіду з оперативного лікування з використанням ендовідеохірургічного доступу. Провести порівняльний аналіз близьких та віддалених результатів лапароскопічної кістектомії. Розробити чіткі покази та протипокази до вибору методу хірургічного лікування кіст.

Список літератури

1. Whelan T.F. Guidelines on the management of renal cyst disease / Thomas F. Whelan // *Can Urol Assoc J.* – 2010. – Vol. 4(2). – P. 98–99.
2. The incidence of simple renal cyst by computed tomography / S. Tada, J. Yamagishi, H. Kobayashi et al. // *Clin Radiol.* – 1983. – Vol. 34. – P. 437–439.
3. Аль-Шукри С.Х. К вопросу о выборе метода лечения кист почек / С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук, В.Г. Иванов-Тюрин // *Нефрология.* – 2008. – Том 12, № 1. – С. 75–78.
4. Пути оптимизации оперативного лечения простых кист почки / Н.В. Ташкинов, А.Г. Антонов, А.В. Воронов и др. // *Дальневосточный медицинский журнал.* – 2009. – № 4. – С. 57–58.
5. Remission of hypertension after treatment of giant simple renal cyst: a case report / Y. Ahallal, A. Khallouk, M.F. Tazi et al. // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2: A. 9152.
6. Agarwal M.M. Surgical management of renal cystic disease / M.M. Agarwal, A.K. Hemal // *Curr Urol Rep.* – 2011. – Vol. 12(1). – P. 3–10.
7. Management of a simple renal cyst in a complex patient / M.Q. Khan, I.L. Ponor, A.E. Ross, W. Khaliq // *BMJ Case Rep.* – 2013. – V. 2013: bcr2013009270.
8. Percutaneous treatment of renal cysts with OK-432 sclerosis / Y.D. Choi, S.Y. Cho, K.S. Cho, et al. // *Yonsei Med J.* – 2007. – Vol. 48(2). – P. 270–273.
9. Clinical outcomes of Bosniak category IIF complex renal cysts in Korean patients / J.H. Hwang, C.K. Lee, H.S. Yu et al. // *Korean J Urol.* – 2012. – Vol. 53(6). – P. 386–390.
10. Evidence of extraordinary growth in the progressive enlargement of renal cysts / J.J. Grantham, L.T. Cook, L.H. Wetzel et al. // *Clin J Am Soc Nephrol.* – 2010. – Vol. 5(5). – P. 889–896.
11. A complex renal cyst: it is time to call the oncologist? / A. Granata, A. Basile, G.A. Bruno et al. // *Int J Nephrol.* – 2011. – V. 2011: 893985.

Реферат

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОЧЕК

С.А. Возианов, А.А. Пидмурняк

Резюме. В статье приведены результаты внедрения в практику малоинвазивных урологических операций при кистах почек по сравнению с данными открытых урологических операций. Описана методика выполнения эндовидеохирургических операций с использованием лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступа. Показаны клинические преимущества малоинвазивных методик.

Ключевые слова: малоинвазивная урология, кисты почек, лапароскопическая кистэктомия.

Summary

LAPAROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF RENAL CYSTS

S.A. Vozianov, A.A. Pidmurniak

In the article the results of the implementation in practice low-invasive urological operations in patient with renal cysts in comparison with open type urological operations were shown. The methods of endovideosurgical operations with laparoscopic and retroperitoneal access were described. Low-invasive methods advantages were shown.

Key words: low-invasive urology, renal cysts, laparoscopic cystectomy.

Адреса для листування

О.О. Пидмурняк
E-mail: docaleksey@yandex.ru