

© Н.В. МАГАЛЕЦЬКА, Н.Г. РУДКОВСЬКА, А.О. ВОЛКОВ

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського, Центр малоінвазивної хірургії, Урологічний центр

## Досвід впровадження відеолапароскопічних операцій при урологічній патології в багатопрофільному Центрі малоінвазивної хірургії

N.V. MAGALETSKA, N.H. RUDKOVSKA, A.O. VOLKOV

Zhitomir Regional Clinical Hospital by O.F. Gerbachevsky, Minimally Invasive Surgery Center, Center of Urology

### THE EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF VIDEOLAPAROSCOPIC OPERATIONS IN THE PATIENTS WITH AN UROLOGICAL PATHOLOGY IN THE VERSATILE CENTRE OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY

У статті висвітлено досвід з хірургічного лікування 96 хворих з урологічною патологією методами лапароскопічної хірургії. Всього прооперовано 64 пацієнти з нирковими кістами, 31 хворого із варикоцеле, виконано одну нефректомію. Тривалість операцій – від 40 до 60 хв і склала в середньому 50 хв. В інтраопераційному періоді був один випадок перфорації очеревини при виконанні резекції кісти ретроперитонеальним доступом, що стало причиною конверсії. В одному випадку після висічення кісти нирки, інфікованої в післяопераційному періоді, відмічався гострий пієлонефрит, консервативне лікування було ефективним. В іншому ж випадку після висічення кісти виникла післяопераційна кровотеча, що стало причиною повторної операції. Виписування хворих після лапароскопічних втручань проводили на 4-5-ту добу. Протягом останніх 2 років в обстежених прооперованих пацієнтів рецидиви захворювання відсутні. В даний час лапароскопічні втручання хворим з урологічною патологією є оптимальним методом лікування, яке дозволяє уникнути рецидиву захворювання і отримати високий косметичний ефект.

Experience on surgical treatment of 96 patients with an urological pathology by the methods of laparoscopic surgery is represented in this article. 64 patients with renal cysts were operated, 31 patient with varicocele, one is executed nephrectomy. Duration of operations varied from 40 to 60 minutes and has averaged 50 minutes. Intraoperatively there was one case of the peritoneum punching during providing the surgery of retroperitoneal renal cyst excision, that became the reason of conversion. In one case after renal cystic fluid contamination, was an acute pyelonephritis in postoperative period., Conservative treatment was effective. In other case after the cyst resection was developed a postoperative bleeding that has demanded carrying out of repeated operation. Patients after laparoscopic interventions can be discharged from hospital on the 4-6 postoperative day. Throughout 2 years at repeatedly surveyed patients relapses are absent. Nowadays laparoscopic interference with urology pathology is an optimum method of the treatment, allowing to avoid relapse of disease and to receive excellent cosmetic effect.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Історія діагностичної лапароскопії і лапароскопічної хірургії нараховує багато десятків років. Останні роки характеризуються особливо бурхливим розвитком ендовідео-хірургії у всьому світі. Сфера застосування малоінвазивних методик невпинно розширюється. Розвиток лапароскопії в діагностиці та лікуванні урологічних захворювань відбувається шляхом від діагностичних маніпуляцій до видалення органів і в останні роки – до реконструктивних операцій.

Сьогодні лапароскопічні методики широко застосовуються в лікуванні хворих із різноманітною патологією нирок – полікістозом, нефролітазом, уретеролітазом, нефроптозом, вторинно зморщеною ниркою із нефрогенною гіпертензією та при термі-

нальному гідронефрозі. Однією із найпоширеніших операцій, які виконуються в нашому багатопрофільному центрі малоінвазивної хірургії, є лапароскопічне висічення купола кісти нирки. До сьогодні операцією вибору була черезшкірна пункція і дренивання кісти, а в окремих випадках – відкрита операція.

Кіста нирки – досить поширене захворювання як в Україні, так і за кордоном та зустрічається майже у будь-якому віці. Кіста являє собою рідинний утвір нирки, який виникає в результаті каналцевої оклюзії різної етіології з подальшими ретенційними змінами в паренхімі нирки. За даними різних авторів, кісти нирок зустрічаються у 3 % населення. Рак нирки в стінці кісти зустрічається в 0,1 % випадків.

Другою поширеною лапароскопічною операцією в урології є оклюзія сім'яних вен при варикоцеле,

так звана операція Паломо. За даними деяких авторів, лапароскопічний варіант цієї операції дозволяє прецизійно виконати втручання, що достовірно зменшує кількість рецидивів та ускладнень, скорочує термін стаціонарного лікування.

**Мета роботи:** аналіз найближчих результатів оперативного лікування хворих із урологічною патологією, вивчення структури оперативних втручань, що були проведені в ЦМХ з 2006 року до сьогодні.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів лікування 96 пацієнтів з урологічною патологією, що були прооперовані упродовж 2006–2009 рр. у Центрі малоінвазивної хірургії Житомирської обласної клінічної лікарні. Серед них було 35 жінок і 61 чоловік у віці від 16 до 75 років. Всі хворі госпіталізовані в плановому порядку з установленим на догоспітальному етапі діагнозом і були оперовані лапароскопічним доступом.

Загальна структура оперативних втручань подана на рисунку 1.

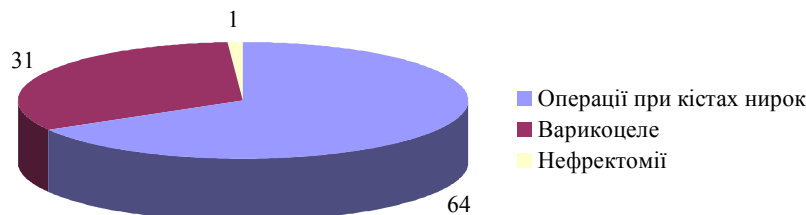


Рис. 1. Структура оперативних втручань.

рапельвікально. В іншого – розкривались нагноєні кісти при полікістозі в діаметрі 3 см. Більшість операцій при ниркових кістах (загальною кількістю 60) виконувалась трансабдомінальним доступом, в чотирьох випадках ретроперитонеальним.

При виконанні лапароскопічних оперативних втручань при кістах нирок застосовувався стандартний тритроакарний доступ, при необхідності вводився додатковий 5-міліметровий порт для ретрактора. Після розриття порожнини кісти вважаємо обов'язковим виконання кістоскопії. Огляд порожнини кісти дозволяє виявити пухлину в стінці кісти та провести необхідність біопсії для ургентного гістологічного дослідження. Стінку кісти висікали практично на межі з паренхімою нирки, відступаючи 0,3 см. Дефект очеревини ліквідували зведенням її листків і накладанням декількох кліпсів кліпалікатором або скобок ендогерніостеплером, в окремих випадках проводили ручне ушивання. З метою дренажу залишкової порожнини та заочеревинного простору за швом очеревини за-

у пацієнтів із кістами анамнез захворювання коливався від 3 місяців до 5 років, а розміри кіст – від 5 до 12 см у діаметрі. Клінічна картина захворювань була у всіх однакова і проявлялась незначним боєм у поперековій ділянці із змінами в загальному аналізі сечі, інколи артеріальною гіпертензією. Передопераційне обстеження проводили за загальноприйнятим клінічним протоколом, причому обов'язково застосовували оглядову та екскреторну урографію, УЗД нирок та органів черевної порожнини, КТ нирок із контрастуванням. Показаннями до хірургічного лікування кіст нирок вважали нефрогенну артеріальну гіпертензію, порушення пасажу сечі (при парапелівікальних кістах), прогресивне збільшення кісти, больовий синдром. Наявність кісти великих розмірів (більше 5 см) і відсутність клінічних проявів також були показаннями до операції.

У двох пацієнтів виявлені заочеревинні кісти в діаметрі більше 12 см. У 7 пацієнтів були множинні кісти в одній з нирок, а у двох – в обох нирках. В одного пацієнта кіста нирки розташовувалась па-

лишали активний трубчастий дренаж, який видаляли на третю післяопераційну добу.

При виконанні ретроперитонеального доступу робочий простір формувался пальцем хірурга, будь-яких спеціальних пристроїв ми не застосовували. Слід відмітити, що виконання оперативного втручання при цьому доступі набагато складніше порівняно з трансабдомінальним, передусім внаслідок важкої візуалізації та відсутності чітких анатомічних орієнтирів, що призводить до збільшення тривалості втручання та підвищує ризик виникнення інтраопераційних ускладнень, разом з тим будь-яких вагомих переваг (крім збереження цілісності очеревини) цей доступ не дає. Враховуючи вищесказане, на сьогодні стандартним доступом в нашому центрі є трансабдомінальний.

При виконанні операції Паломо оклюзію сім'яних вен проводили шляхом їх кліпування з подальшим пересіканням, втручання завершували інсталяцією контрольного дренажу в малий таз, який видаляли на другу післяопераційну добу.

В одному випадку проводили висічення кісти з подальшою біопсією нирки. У 5 хворих із кістами нирок була виявлена хірургічна патологія, яка викликала необхідність виконання симультанних операцій: холецистектомія (в чотирьох випадках) та пупкова грижа.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Всі операції проводили під ендотрахеальним наркозом. Тривалість операції коливалась від 40 до 60 хв при висіченні кіст нирок, а при пересіченні сім'яної вени за Паломо – від 15 до 30 хв. Трансабдомінальна нефректомія була проведена протягом 2,5 год з крововтратою 150 мл.

У післяопераційному періоді відмічали одне ускладнення, пов'язане з недостатнім гемостазом країв нирки, яке вдалося виправити повторним втручанням лапароскопічно. Ускладнення, пов'язані з технікою втручання, відсутні.

В однієї хворої з діагнозом полікістозу нирок проводили висічення кіст на фоні інфікування: в післяопераційному періоді відмічався гострий пієлонефрит. Консервативне лікування було ефективним, і хвору виписали на 8-му добу в задовільному стані.

Виписування хворих можливе на 2 добу після лапароскопічного висічення вен за Паломо і на 3-4 добу після висічення кіст нирок. Період непрацездатності після лапароскопічного втручання складає в середньому 7 дб.

Наш досвід за 2 роки показує, що черезшкірна пункція кіст залежно від їх розмірів і локалізації може викликати технічні труднощі, крім того, рецидиви при даній методиці складають від 16 до 60 %. На даний момент в строки після операції до

2 років обстежено 32 пацієнти. Всім хворим проведено УЗД-контроль через 1 і 3 місяці – рецидиви відсутні.

Отже, лапароскопічні операції мають такі переваги: низьку травматичність, меншу кількість післяопераційних ускладнень, відмінний косметичний ефект, короткий період перебування хворих у стаціонарі і післяопераційної реабілітації, відсутність рецидивів і економічну ефективність.

**Висновки.** 1. Виконання лапароскопічних операцій дозволяє уникнути рецидивів захворювання, а самі операції вирізняються малою травматичністю і економічно ефективно для хворого, лікувальної установи.

2. Лапароскопічний метод дозволяє проводити симультанні операції на органах черевної порожнини і таза, заочеревинного простору без розширення оперативного доступу.

3. З огляду на вищесказане, лапароскопічна операція може розглядатись як метод вибору в хірургічному лікуванні хворих із кістозними утворами нирок та варикоцеле.

4. Виконання оперативних втручань в умовах багатопрофільного Центру малоінвазивної хірургії дозволяє проводити симультанні оперативні втручання без збільшення терміну перебування хворого в стаціонарі та з можливістю повноцінного післяопераційного спостереження одночасно кількома різнопрофільними спеціалістами. Завдяки співпраці хірургів із різним досвідом в ендовідеохірургії, забезпечується активне навчання, швидке впровадження нових методів оперативних втручань, поліпшуються результати лікування.

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Поддубный И.В., Даренков И.А., Дронов А.Ф. и др. Лапароскопическая окклюзия яичковых вен у детей // Эндоскоп. хир. – 1996. – № 1. – С. 17.  
2. Пучков К.В., Филимонов В.Б., Васин Р.В. Алгоритм оптимальной установки манипуляционных троакаров при лапароскопических операциях на органах забрюшинного пространства //

Сб. тр. Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. Н.И. Павлова. – С.Пб., 2006. – С. 5-8.  
3. Климов Д.Е., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Метод выбора эндовидеохирургического вмешательства при кистах почек // Эндоскоп хир. – 2005. – № 1. – С. 60.  
4. Лопаткин Н.А. Урология. – М., 1994. – 271 с.

Отримано 28.12.09