

УДК616.381-072.1:616.61-006.2-089.87

*В.П. Ярошенко, А.В. Воронов, А.М. Миллер,
А.О. Потапов*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

Институт повышения квалификации специалистов
здравоохранения (г. Хабаровск),
Хабаровская краевая клиническая больница № 1 им.
проф. Сергеева

Ключевые слова: кисты почек, лечение.

В организме человека вряд ли можно найти орган, в котором чаще, чем в почке, формировались бы разнообразные кисты [5]. Понятие «кистозная болезнь почек» варьирует от простой кисты органа до ауто-сомно-доминантной поликистозной болезни почек у взрослых. При рассмотрении данного вопроса можно заметить, что простые кисты обычно являются случайной находкой и для большинства пациентов остаются без клинических проявлений, кисты же другой этиологии, как правило, со временем прогрессируют и проявляются множеством клинических симптомов [8]. Простая киста почки встречается у 3% больных, страдающих урологическими заболеваниями [5, 9, 11, 14]. По данным F.T. Bell [7], киста почки обнаруживается на вскрытии у 50% лиц с урологическим анамнезом. В последнее время частота их выявления значительно увеличилась, что связано с внедрением в практику новых методов диагностики, таких как ультразвукография, компьютерная и магнитно-резонансная томография [1, 2]. Патогномоничных проявлений простых кист почек не существует, чаще всего (70% наблюдений) они протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при обследовании пациентов по поводу другого заболевания [5, 6]. Жалобы обычно наблюдаются при образовании большого размера и могут интерпретироваться как признаки другого урологического заболевания. Среди клинических проявлений кист почек наиболее часто встречаются боли в брюшной полости и поясничной области, пальпируемая опухоль, артериальная гипертензия, гематурия [4, 5, 9–11, 15].

Выбор метода лечения при солитарных кистах почек зависит от ряда факторов: размера и локализации кисты, осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста и технических возможностей [3, 13, 14]. В настоящее время применяются следующие виды лечения этой патологии: простая чрескожная пункция кисты, пункция кисты с введением в ее полость склерозирующих препаратов, открытые хирургические операции (иссечение свободной стенки кисты, вылущивание кисты, резекция почки, нефрэктомия), эндоскопические вмешательства (лапароскопические либо ретроперитонеоскопические). В 1989 г. предприняты первые попытки при-

менения лапароскопии в урологии, в 1991 г. Glayman выполнил первую лапароскопическую нефрэктомию, а первые данные о лапароскопической резекции простой кисты почки появились в 1992 г. В последнее время эндохирургический доступ все чаще стал применяться при операциях на органах забрюшинного пространства ввиду ряда преимуществ перед открытыми операциями: меньшая травматичность, возможность выполнения сочетанных вмешательств, уменьшение сроков госпитализации и более быстрая реабилитация больных в послеоперационном периоде [4, 10, 12, 15].

Цель настоящего сообщения — представление собственного опыта лапароскопической резекции простых кист почек.

С 1990 по 2005 г. на базе урологического отделения краевой клинической больницы № 1 г. Хабаровска оперировано 159 больных с простой кистой почки различной локализации (100 женщин и 59 мужчин) в возрасте от 15 до 79 лет. Справа патология встречалась в 85, слева — в 70 случаях, и в 4 наблюдениях диагностировано двухстороннее поражение. По локализации материал распределился следующим образом: верхний полюс — 56, нижний полюс — 45, средний сегмент — 24, парапелвикально — 30, нижний и верхний полюс — 4 случая. До 1996 г. пациентам проводилось открытое хирургическое вмешательство. В 1996 г. впервые было выполнено лапароскопическое иссечение простой кисты почки. С 1996 по 2005 г. осуществлено 70 лапароскопических операций больным в возрасте 20–73 лет. Показаниями к операции служили размер кист более 5 см, артериальная гипертензия, наличие болевого симптома и нарушение уродинамики со стороны верхних мочевых путей. В предоперационном периоде проводилось стандартное клиническое обследование. Локализация кист уточнялась с помощью ультразвукового исследования, экскреторной урографии, компьютерной томографии, а с 2003 г. и по данным магнитно-резонансной томографии. Размер кист варьировал от 5 до 15 см. По локализации данные наблюдения распределились так: нижний полюс — 21, верхний полюс — 28; средний сегмент — 13; нижний и верхний полюсы — 4, зона синуса — 1, поликистозная почка с кистами более 8 см — 3. Всем больным выполнена лапароскопическая резекция кист. У 3 пациентов резекция кисты правой почки была проведена симультанно с лапароскопической холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита, два оперативных вмешательства сочетались с пластикой грыж передней брюшной стенки. Двое пациентов прооперированы на фоне нагноения кист. Лапароскопические операции осуществляли из трансперитонеального доступа под общим обезболиванием. После вскрытия брюшины производили мобилизацию кисты, пункцию и эвакуацию содержимого с последующим осмотром ее полости. Иссекали стенку кисты в пределах здоровой почечной паренхимы, отступив

от края 0,5 см. Ложе обрабатывалось 96% этиловым спиртом с последующим дренированием пластиковой трубкой. На следующий день после контрольной сонографии при отсутствии отделяемого по дренажу его удаляли.

На этапе освоения метода продолжительность операции составляла 1,5–2 часа. С приобретением опыта время операции сократилось до 40–60 мин. Средняя продолжительность лапароскопических и открытых операций соответственно составила $59,9 \pm 22$ и 64 ± 19 мин. На все лапароскопические вмешательства потребовалась одна конверсия вследствие кровотечения из края паренхимы почки. Операционная кровопотеря при открытых операциях составила в среднем 153 ± 46 мл, при лапароскопических операциях — 49 ± 23 мл. У больной, оперированной по поводу парапелвичальной кисты, в ходе операции вместе с кистой была иссечена часть лоханки. На следующие сутки больная была оперирована повторно: выполнена люмботомия с наложением каликокалкоанастомоза.

Меньшая инвазивность операционного вмешательства предопределяла более легкий послеоперационный период, пациентам после эндоскопических операций не требовалось в раннем послеоперационном периоде назначение наркотических анальгетиков в отличие от больных, прооперированных по открытой методике. Парез кишечника развился после лапароскопических операций в двух случаях (2,8%) и был связан с большой протяженностью мобилизации толстой кишки, после открытых операций он наблюдался в 9 случаях (10,1%). Длительность дренирования операционной раны после лапароскопических операций составила $1,1 \pm 0,3$, а при открытых операциях — $3,9 \pm 0,6$ суток. Среднее время пребывания пациентов в стационаре в послеоперационном периоде составило $5,0 \pm 0,5$ дней, а в группе лиц, оперированных методом открытой хирургии, средний койкодень здесь равнялся $14,4 \pm 1,2$. Восстановление физической активности совпадало со сроком выписки из стационара, и этот срок был значительно меньше у пациентов, оперированных лапароскопически. После открытых вмешательств реабилитационный период длился в среднем около трех недель. При контрольном исследовании через 6–12 месяцев после всех операций рецидивов заболевания не было.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что лапароскопическое лечение кист почек является высокоэффективным, безопасным, минимально инвазивным методом, особенно в том случае, когда консервативная терапия не дает желаемого результата. Благодаря относительной простоте вмешательства, радикальности, малой травматичности и хорошему косметическому эффекту данный метод является альтернативным открытому и может широко применяться в клинической практике. Открытые хирургические операции при данной патологии оправданны только в исключительных случаях (неясный характер кистоз-

ного образования, противопоказания к эндовидеохирургическому лечению, необходимость конверсии).

Литература

1. Аляев Ю.Г., Синицын В.Е., Григорьев Н.А. Магнитно-резонансная томография в урологии. — М.: Практическая медицина, 2005.
2. Домбровский В.И. Магнитно-резонансная томография в диагностике опухолей и других заболеваний почек: атлас. — М.: Видар, 2003.
3. Жолобов В.Е., Иогансен Ю.А., Сыздыков С.К. // Эндоскопическая хирургия. — 2004. — № 2. — С. 33–35.
4. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. — М.: Медицина, 1998.
5. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки. — М.: Медицина, 1982.
6. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. // Урология и нефрология. — 1999. — № 2. — С. 23–25.
7. Bell F. T. *Le malatti renali*. - Rome, 1955.
8. Dunn M.D., Glayman R. V. // *World J. Urol.* - 2000. - No. 18. - P. 272-277.
9. Glassberg K.I. // *Campbell's Urology*; 7th edn. / Walsh H.C., Retik A.B., Vaughan E.D., Wein A.J. (eds). - Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. - P. 1768-1775.
10. Ianelli A., Fabiani P., Niesar E. et al. // *J. Laparosc. Adv. Surg. Tech. A.* - 2003. - Vol. 13, No. 6. - P. 365-369.
11. Lippert M.C. // *Adult and pediatric urology*, 3rd edn. / Gillenwater J.Y., Grayhack J.T., Howards S.S., Duckett J.W. (eds). - Mosby: St. Louis, 1996. - P. 931.
12. Parsons J.K., Varkaracis I., Rha K.H. et al. // *J. Urol.* - 2004. - Vol. 63, No. 1. - P. 27-32.
13. Stoller M.L., Irby P.B. 3rd, Osman M., Carroll P.R. // *J. Urol.* - 1993. - Vol. 150, No. 5. - P. 1486-1488.
14. Valdivia U.J.G., Abril B.G., Monzon A.F., Lanchares S.E. // *Arch. Esp. Urol.* - 1994. - Vol. 47, No. 3. - P. 246-252.
15. Yoder B.M., Wolf J.S., Wolf J.R. // *J. Urol.* - 2004. - Vol. 171, No. 2. - P. 583-587.

Поступила в редакцию 23.03.05.

LAPAROSCOPIC RESECTION OF SIMPLE RENAL CYSTS
V.P. Yaroshenko, A. V. Voronov, A.M. Miller, A.O. Potapov
Institute of Advanced Training of Public Health Care
Service Personnel (Khabarovsk), Khabarovsk Regional
Clinical Hospital No. 1

Summary — In an organism of the person kidneys are most frequent target for various cyst diseases. The introduction of radiological diagnostic technique in clinical practice allows verifying renal cyst practically in 100% of cases. Many methods of treatment of simple renal cyst are offered now. We used laparoscopic resection for renal cyst as a new, highly effective and safe method, which is an alternative to open surgery, especially in that case when conservative therapy does not give desirable result. The analysis of results of laparoscopic operations executed at 70 patients for the period 1996 for 2005 is carried out. The medical efficiency of operation was estimated using the comparison of operative invasion parameters. The minimal intraoperative blood loss, shorter duration of a postoperative pain and shorter hospital stay are shown as advantages of endoscope procedure.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 2, p. 57-58.