

УДК 616-006.25

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

Ю.В. ИВАНОВ, В.Ю. ОБОЛОНКОВ, Н.А. СОЛОВЬЕВ, В.Н. ШИРШОВ*

Более чем десятилетний период освоения и внедрения в хирургическую практику лапароскопии в России привел к тому, что к настоящему времени многие операции стали выполняться с помощью эндовидеохирургических методов. На заре своего освоения лапароскопические операции в основном выполняли при желчно-каменной болезни, остром аппендиците, некоторых гинекологических заболеваниях. К настоящему времени лапароскопические операции разработаны и внедрены в клиническую практику при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов таза. Метод стал использоваться не только в абдоминальной хирургии, но и в урологии, гинекологии, сосудистой хирургии, онкологии. Одной из таких операций, выполняющейся в урологии, является лапароскопическое иссечение купола кисты почки. Операцией выбора при кистах почек является чрезкожная пункция и дренирование кисты и более редко – открытая операция.

Киста почки – довольно распространенное заболевание в России и за рубежом, встречающееся практически в любом возрасте. Киста представляет собой жидкостное образование почки, возникающее в результате канальцевой окклюзии различной этиологии с последующими ретенционными изменениями в паренхиме органа. По данным [1, 2], кисты почек встречаются у 3% населения. В 50% случаев кисты почек обнаруживаются на аутопсии у лиц старше 50 лет. Сочетанное поражение почки кистозным и бластоматозным процессом встречается от 0,5 до 7%. Довольно редко обнаруживается рак почки в кисте, всего в 0,1% случаев.

Цель – расширение спектра и объема лапароскопических операций, внедрение нового вида хирургического вмешательства

Таблица

Общая характеристика больных с простыми кистами почек, оперированных лапароскопически

Пол	Возраст	Срок бол-ни	Диагноз	Ø кисты
м	69	7 лет	Киста среднего сегмента левой почки, киста нижнего сегмента левой почки, варикоцеле слева	4 см и 8 см
ж	49	0,5 лет	Киста верхнего сегмента левой почки	12 см
ж	16	2 года	Киста нижнего сегмента левой почки	6 см
ж	71	4 года	Киста верхнего сегмента правой почки, киста нижнего сегмента правой почки, вправимая пупочная грыжа	4 см и 8 см
ж	58	5 лет	Киста нижнего сегмента левой почки	8,5 см
ж	43	4 года	Киста нижнего сегмента правой почки	6 см
ж	65	3 года	Киста нижнего сегмента правой почки	5 см
ж	27	0,5 лет	Киста нижнего сегмента правой почки	5 см
м	67	3 года	Парапелвичальная киста левой почки, киста верхнего сегмента правой почки, вправимая пупочная грыжа	6 см и 9 см
м	65	3 года	Киста верхнего сегмента правой почки	6 см

Материалы и методы исследования. Согласно общепринятой классификации среди всех кист почек выделяют: простую солитарную кисту (верхний, средний, нижний сегменты почки, парапелвичальная), множественные простые кисты, поликистоз почек (бilateralное поражение), губчатую и мультикистозную почку. Проведен анализ результатов лечения 10 больных с кистами почек. Среди них было 7 женщин и 3 мужчин в возрасте от 16 до 71 г. Все пациенты поступили в плановом порядке с установленным на догоспитальном этапе диагнозом и были оперированы лапароскопическим доступом. Общая характеристика оперированных больных представлена в табл. Анамнез заболевания колебался от 0,5 года до 7 лет, а размеры кисты варьировали от 4 см до 12 см в диаметре. У 7 пациентов выявлены одиночные кисты одной из почек (3 левой и 4 правой почки). У 3 пациентов были множественные кисты почек, причем у 2 из них они обнаружены в одной почке, а у 1 – в обеих (bilateralное поражение). У 1 больного одна из кист

почки располагалась парапелвичально. У всех 3 больных с множественными кистами почек была выявлена сопутствующая хирургическая и урологическая патология, потребовавшая выполнения симультанных операций, а именно: в 2-х случаях – вправимая пупочная грыжа и в 1-м – варикоцеле слева.



Рис. 1. Ультрасонограмма больного Р., 48 лет. Киста нижнего сегмента левой почки

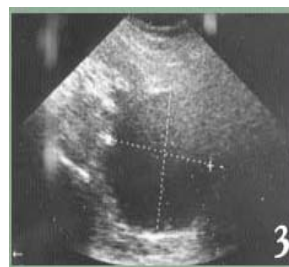


Рис. 2. Ультрасонограмма больной С., 53 лет. Киста среднего сегмента левой почки

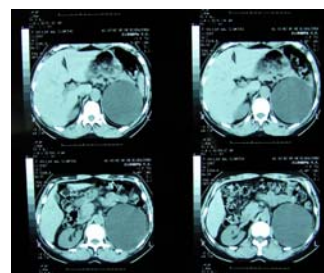


Рис. 3. Компьютерная томограмма больной И., 49 лет. Киста верхнего сегмента левой почки

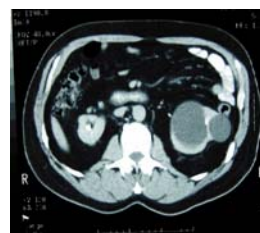


Рис. 4. Компьютерная томограмма больного П., 69 лет. Кисты среднего и нижнего сегментов левой почки.

Результаты. Клиническая картина заболевания была примерно сходной у всех 10 больных и проявляла себя периодически возникающими болями в поясничной области, изменениями в общем анализе мочи и иногда сопровождалась артериальной гипертензией. Диагностика кист почек обычно несложна. Помимо клинко-лабораторных методов обследования пациентам выполнялись обзорная и экскреторная урографии, ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости, компьютерная томография почек (с контрастированием) (рис. 1–4). Показанием к оперативному лечению кист почек считали нефрогенную артериальную гипертензию, нарушение пассажа мочи по верхним мочевым путям, прогрессирующее увеличение кисты в размерах, болевой синдром, гематурию. Наличие кисты (кист) почки больших размеров при отсутствии клинических проявлений также является показанием к оперативному лечению. Предоперационную подготовку больных вели по стандартной

* Клиническая больница №83, Федерального медико-биологического агентства РФ, 115682, Москва, Ореховый бульвар, д.28. Тел.: 3950400

схеме, общепринятой при лапароскопических вмешательствах. Все операции проводили под эндотрахеальным наркозом.

Техника. Операцию начинали с выполнения карбоксиперитонеума в объеме 3 л с помощью иглы Вереща по средней линии живота над пупочным кольцом. Далее в этой зоне в брюшную полость вводили безопасный 11 мм троакар с лапароскопом. После ревизии брюшной полости под контролем лапароскопа вводили 5 и 11 мм троакары с рабочими инструментами (ножницы и диссектор): по средней линии живота в эпигастрии, через круглую связку печени и ниже пупочного кольца на 3–4 см. Операционный стол наклоняли на противоположную зоне вмешательства сторону под углом 40°. После продольного рассечения брюшины, латерального канала, фиксируя зажимом внутренний лоскут брюшины, выполняли его тракцию вместе с толстой кишкой медиально. Далее ножницами рассекали фасцию Герота, что позволяло манипулировать в паранефральной клетчатке (4 стр. обложки, рис. 5).

После мобилизации почки и выявления кисты делали ее пункцию и эвакуацию содержимого для цитологического исследования. Затем, после частичного опорожнения кисты, с помощью эндоножниц производили ее вскрытие на малом участке (4 стр. обложки, рис. 6). Удаляли оставшееся содержимое кисты с обязательным выполнением кистоскопии. Осмотр полости кисты позволяет выявить редко встречающуюся опухоль в стенке кисты, произвести при необходимости биопсию для срочного гистологического исследования. Полость кисты обрабатываем 96% спиртом, затем вели иссечение купола кисты с помощью ножниц (4 стр. обложки, рис. 7). Стенку кисты иссекали на границе с неизмененной паренхимой почки, отступая от нее на 0,3–0,5 см. Выполняемая одновременно с резекцией электрокоагуляция краев стенки кисты на всем протяжении предотвращала возможность кровотечения. При капиллярной кровоточивости паранефральной клетчатки или зоны иссеченной капсулы кисты забрюшинно устанавливали дренаж до 1,0 см в диаметре. Дефект брюшины устранили сведением ее листков и наложением клипс клиппапликатором или скобок – эндогериостеплером. Проводили десуффляцию газа, извлечение троакаров и инструментов, ушивание микроразрезов на коже.

Более сложными для удаления оказались кисты верхнего полюса почек, ввиду близости печеночного или селезеночного угла ободочной кишки, что требовало введения дополнительного 4-го троакара. При чрезбрюшинном лапароскопическом подходе более доступны для удаления являются кисты, расположенные по передней и латеральной поверхностям с локализацией в среднем и нижнем сегментах почки. Симультантные операции произведены 3-м пациентам. Наряду с лапароскопическим иссечением куполов кист почек (у 1-го из них – кисты обеих почек) 2 больным выполнено пупочное грыжесечение с пластикой пупочного кольца по Мейо, а у 1 – лапароскопическое клипирование и иссечение левой яичковой вены при варикоцеле. При иссечении купола кисты контралатеральной почки или клипировании яичковой вены при варикоцеле изменения или расширения хирургического доступа не требовалось. Длительность операций – от 40 до 100 минут; в среднем 58 минут. Осложнений не было. Выписка больных – на 3–4 сутки. Период нетрудоспособности составлял в среднем 6–7 суток.

Чрезкожная пункция кисты в зависимости от ее размера и локализации может представлять технические сложности. Рецидивы при этом методе лечения составляют 8–16%, а иногда – до 60% в течение 1-го года. Лапароскопические операции имеют преимущества: малая травматичность, срок госпитализации, число осложнений, отличный косметический эффект, экономическая эффективность и отсутствие рецидивов.

Выводы. Лапароскопическая операция является наиболее оптимальным методом лечения больных с кистами почек. Лапароскопический метод позволяет проводить симультантные операции (на органах брюшной полости и таза, забрюшинного пространства) без расширения оперативного доступа. Выполнение лапароскопических операций при кистах почек позволяет избежать рецидива заболевания, а сами операции отличаются малой травматичностью и экономически эффективны для больного, лечебного учреждения и учреждений социальной защиты населения. Для проведения лапароскопических операций необходимо современное эндоскопическое оборудование и соответствующая подготовка медицинского персонала.

Литература

1. Климов Д.Е. и др. // Эндоскопич. хир. – 2005. – №1. – С.60.
2. Лопаткин Н.А. Урология. – М., 1994. – 271 с.

УДК 616.12-008.331.1:616.89

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.М. БУЧИНА*, Е.И. КОПНИНА**

Научно-технический прогресс резко увеличивает долю эмоциональных напряжений отрицательного характера и сокращает долю положительных эмоций, связанных с физической деятельностью человека, его общением с культурой и искусством [1]. Длительное действие психогенных факторов (конфликты, напряженность, недовольство и проч.) у ряда людей может вести к развитию соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (ГБ), бронхиальная астма, экзема, язвенная болезнь, мигрень и др. [2]. Физиологические и патологические изменения в организме зависят не только от характера стрессора, но и от способности человека преодолевать возникающие жизненные трудности и связанные с ними физиологические изменения в организме. Исследователи стали чаще обращаться к анализу способности людей справляться с жизненными обстоятельствами [3]. Здоровье – это результат эффективного преодоления стресса, а не простое следствие наличия или отсутствия его. Если человек успешно преодолевает жизненные трудности, они могут считаться минимальными стрессорами и не влияют на здоровье [4]. Если же человек не может справиться или нуждается в значительном усилии для их преодоления, то он испытывает состояние дистресса; который неблагоприятно действует на здоровье.

Цель исследования – выявление взаимосвязи между стратегиями преодоления стресса и особенностями клинических проявлений ГБ у пациентов с начальными стадиями заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациенток с ГБ I стадии (ср. возраст 45,9±1,3 г.) и 30 – с ГБ II стадии (ср. возраст 49,4±1,5 г.). Диагноз ГБ выставлялся на основании жалоб, анамнеза заболевания, наследственного анамнеза, физикального обследования, лабораторно-инструментальных данных по классификации ВОЗ – Международного общества гипертензии (1999), дополненной Европейским обществом по гипертонии и Европейским обществом кардиологов (2003). Для изучения стратегий преодоления стресса использовалась методика Е.Нейм «Варианты копинг-поведения».

Результаты. Анализ поведения больных с ГБ при стрессе позволил выделить группы пациентов: 1-я – лица, использующие адаптивные и/или относительно адаптивные копинг-стратегии и 2-я – лица, использующие неадаптивные копинг-механизмы. Соотношение используемых адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий у пациентов с ГБ демонстрирует табл. 1.

Таблица 1

Выраженность адаптивных проявлений совладания со стрессом у пациентов в зависимости от стадии ГБ

Стадия ГБ	Лица, использующие адаптивные копинг-стратегии (1 группа)	Лица, использующие неадаптивные копинг-стратегии (2 группа)
I стадия	4 (20 %)	16 (80 %)
II стадия	10 (33 %)	20 (67 %)

На I стадии заболевания подавляющее число пациенток используют неадаптивные способы совладания. На II стадии ГБ число используемых адаптивных копинг-стратегий растет, неадаптивные выбираются больными реже. Но неблагоприятный перевес в сторону неадаптивных стратегий борьбы со стрессом сохраняется и на второй стадии заболевания.

Среди неадаптивных стратегий на I стадии ГБ преобладают поведенческие (активное избегание). По мере развития заболевания доля поведенческих неадаптивных механизмов уменьшается, изменяется их структура (к активному избеганию присоединяется отступление) ($p<0,05$). Прогрессированию заболевания сопутствует увеличение количества неадаптивных эмоциональных стратегий ($p<0,1$). К характерным для I стадии стратегиям «подавление эмоций», «самообвинение» на II стадии присоединяются «покорность» и «агрессивность».

Соотношение неадаптивных когнитивных стратегий борьбы со стрессом от стадии заболевания не зависит (табл. 1). У лиц, использующих неадаптивные копинг-механизмы, были более высокие цифры АД (дневное 163±3,05/95±2,7 мм рт. ст. при I стадии заболевания и 167±5,34/97±2,73 мм рт. ст. при II стадии) в сравнении с показателями лиц, использующих адаптивные