

Н.В. Ташкинов¹, А.Г. Антонов¹, А.В. Воронов¹, А.М. Миллер², В.П. Ярошенко¹

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧКИ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Краевая клиническая больница № 1 им. С.И. Сергеева²,
680009, ул. Краснодарская, 9, тел.: 8-(4212)-39-05-52, e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru; г. Хабаровск

В последние годы наблюдается сужение показаний к люмботомическому доступу при лечении простых кист почки (ПКП), что связано с относительно высокой частотой осложнений и летальных исходов при «открытых» операциях [5]. Надежда на широкое применение чрескожной аспирации и склерозирования ПКП себя не оправдала в связи с высокой частотой рецидивов, достигающих 58% [3]. Внедрение в практику лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступов при ПКП позволило совместить высокую эффективность вмешательства и низкую частоту рецидивов [1, 2, 4, 6-8]. Большинство этих авторов отдают предпочтение какому-либо одному из эндовидеохирургических доступов. В то же время практика показывает, что каждое из этих вмешательств имеет свои показания.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе урологического отделения Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.И. Сергеева г. Хабаровска. Исследование основано на анализе результатов оперативного лечения 202 больных с простыми кистами почек в возрасте от 15 до 81 г. за период с февраля 1996 по август 2009 г.

Контрольную группу составили 117 больных с ПКП, которым за период с февраля 1996 по август 2006 г. выполнялись как лапароскопические, так и люмботомические вмешательства. По мере накопления опыта и анализа полученных результатов мы пришли к выводу о необходимости пересмотра тактики ведения этих больных в сторону расширения показаний к малоинвазивным операциям. Поэтому с сентября 2006 г. операциями выбора стали различные малоинвазивные вмешательства (лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции,

Резюме

Анализируется опыт хирургического и эндохирургического лечения 202 больных с простыми кистами почки. С 1996 по 2006 г. для удаления кист почки применялись как лапароскопический, так и люмботомический доступы. Применение с 2006 по 2009 г. в качестве операций выбора различных малоинвазивных вмешательств, включающих лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции, пункцию и склерозирование кист, а также использование специально сконструированной иглы, позволило значительно снизить частоту послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: простая киста почки, лапароскопия.

N.V. Taschkinov, A.G. Antonov, A.V. Voronov,
A.M. Miller, V.P. Yaroshenko

ADVANCES IN SURGERY AND ENDOSURGERY FOR SIMPLE RENAL CYSTS

Far Eastern State Medical University,
Hospital №1, Khabarovsk

Summary

Throughout a 14 year period (1996-2009) 202 patients underwent different operations for simple renal cysts. Since 2006, when noninvasive laparoscopic and retroperitoneal approach, aspiration and sclerotherapy of symptomatic simple renal cysts with constructed needle have become the methods of choice in treatment of simple renal cysts, the post operation complication rate significantly decreased.

Key words: simple renal cysts, laparoscopy.

Таблица 1

**Характер операций в контрольной группе
у больных с простыми кистами почки**

Характер операций	Кол-во	Процент
Лапароскопическое удаление кисты	65	55,6
Удаление кисты при люмботомии	52	44,5
Всего	117	100

Таблица 2

**Частота осложнений после различных доступов
при удалении кист почек в контрольной группе**

Характер доступа	Осложнения		Всего
	местные	общие	
Люмботомический (n=52)	16 (30,8%)	5 (9,6%)	21 (40,4%)
Лапароскопический (n=65)	3 (4,6%)	0 (0%)	3 (4,6%)
Всего (n=117)	19 (16,2%)	5 (4,3%)	24 (20,5%)

пункция и склерозирование кист), и только при неудачных попытках последних выполнялись люмботомические операции. За период с сентября 2006 по август 2009 г. оперативные вмешательства выполнены у 85 больных с ПКП, которые вошли в основную группу.

С целью повышения эффективности проведения малоинвазивных вмешательств мы сконструировали и применили на практике устройство для аспирации жидкостного содержимого кистозных образований, исключая возможность подтекания содержимого кисты при ее пункции, защищенное патентом РФ [9]. Кроме того, мы применили методику пункции и склерозирования некоторых парапелвикальных кист сконструированной иглой под видеондоскопическим контролем.

Результаты и обсуждение

Характер оперативного лечения больных контрольной группы представлен в табл. 1. Как видно из этой таблицы,

Таблица 3

Характер операций в основной группе у больных с простыми кистами почки

Характер операции	Кол-во	Процент
Лапароскопическое удаление кисты	69	81,2
Пункция и склерозирование кисты	7	8,2
Ретроперитонеоскопическое удаление кисты	3	3,5
Удаление кисты при люмботомии	6	7,1
Всего	85	100

лапароскопическое удаление ПКП было выполнено у 65 (55,6%) больных, люмботомическое — у 52 (44,5%) пациентов. Нами проведена сравнительная оценка местных и общих осложнений лапароскопического и «открытого» методов удаления ПКП, представленная в табл. 2. Как видно из таблицы, местные осложнения встретились у 16 (30,8%) из 52 пациентов после люмботомии и у 3 (4,6%) из 65 больных после лапароскопических вмешательств. Это повреждение мочевых путей (4 случая после люмботомического и 1 случай после лапароскопического доступов), массивное кровотечение (3 случая после люмботомического и 2 — после лапароскопического доступа), нагноение операционной раны (9 случаев, все после проведения люмботомии). Общие послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (9,6%) из 52 больных, которым выполнялись люмботомические вмешательства. Это острый инфаркт миокарда (1 случай), острая послеоперационная пневмония (3 случая), кровотечение в желудочно-кишечный тракт из острых язв желудка (1 случай). Таким образом, местные и общие осложнения наблюдались у 21 (40,4%) больного из 52 больных после проведения люмботомического удаления ПКП и у 3 (4,6%) — после лапароскопического. Летальных исходов не было. Рецидивы ПКП в сроки наблюдения от 1 до 10 лет встретились у 3 (2,5%) из 117 больных контрольной группы. Это 2 рецидива кисты после лапароскопического удаления и 1 киста — после люмботомического.

Характер оперативного лечения больных основной группы представлен в табл. 3. Как видно из этой таблицы, лапароскопическое удаление ПКП было выполнено у 69 (81,2%), пункция и склерозирование кист, в том числе парапелвикальных, выполненных под контролем лапароскопа, — у 7 (8,2%), ретроперитонеоскопическое удаление кисты — у 3 (3,5%) и удаление кисты при люмботомии — у 6 (7,1%) из 85 больных. Наблюдалось 2 (2,4%) случая местных осложнений. Это кровотечение при лапароскопическом удалении парапелвикальной кисты, потребовавшее проведения люмботомии и гемостаза, и нагноение операционной раны после проведения люмботомического доступа. Общих осложнений не было. Рецидивы ПКП в сроки наблюдения от 1 до 3 лет наблюдались у 3 (3,5%) из 85 пациентов. Все рецидивы развились у больных после пункции и склерозирования ПКП.

Выводы

1. Проведение люмботомического удаления ПКП сопровождается высоким процентом местных и общих осложнений, достигающих 40,4% случаев.

2. Применение в качестве операций выбора различных малоинвазивных вмешательств позволило уменьшить частоту проведения люмботомии до 7,1%.

3. Применение в качестве операций выбора различных малоинвазивных вмешательств по показаниям позволило статистически достоверно снизить частоту осложнений при оперативном лечении ПКП до 2,4%.

4. Разработанное устройство для эвакуации содержимого из кистозных полостей почки облегчает проведение лапароскопического, ретроперитонеоскопического и пункционного методов лечения простых кист почки.

5. Расширение показаний к применению малоинвазивных методов лечения ПКП не привело к возрастанию частоты рецидивов заболевания, которые наблюдались у 3,5% пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства [под ред. А.Е. Борисова]. - СПб.: Янус, 2002. - 146 с.

2. Голубкин Е.А., Мухамеджанов Р.Р., Лозовский В.В. и др. Преимущества ретроперитонеоскопического метода оперативного лечения кист почек: мат-лы I Рос. конгресса по эндоурологии (Москва, 4-6 июня 2008 г.). - М., 2008. - С. 295-296.

3. Данилов И.А., Алпатов В.П., Просолов А.А. Лапароскопическое удаление кист почек в сравнении с пункцией под УЗИ-контролем в сочетании со склерозированием: мат-лы I Рос. конгресса по эндоурологии (Москва, 4-6 июня 2008 г.). - М., 2008. - С. 299-300.

4. Жолобов В.Е., Иогансен Ю.А., Сыздыков С.К. Место эндовидеохирургии в лечении больных с простыми и парапелвикальными кистами почек // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 2. - С. 33-35.

5. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки. - М.: Медицина, 1982. - С. 126.

6. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Российской Федерации: мат-лы X Рос. съезда урологов (Москва, 1-3 октября 2002 г.). - М., 2002. - С. 17.

7. Оловянный В.Е. Видеоретроперитонеоскопия в хирургии кистозных заболеваний почек: дис. ... канд. мед. наук. - Архангельск, 2004. - С. 137.

8. Парохин Д.И., Мартов А.Г., Шадури В.Р. и др. Роль ретроперитонеоскопических операций в урологии: мат-лы I Рос. конгресса по эндоурологии (Москва, 4-6 июня 2008 г.). - М., 2008. - С. 317-318.

9. Ярошенко В.П., Антонов А.Г. Устройство для аспирации жидкостного содержимого кистозных образований // Патент России № 2333012, 2007.

Координаты для связи с авторами: *Ташинов Николай Владимирович* — профессор кафедры эндоскопической и пластической хирургии СПК и ППС ДВГМУ, тел.: 8-962-222-72-68; *Антонов Александр Геннадьевич* — канд. мед. наук, заведующий кафедрой урологии ДВГМУ, тел.: 8-924-303-24-01; *Воронов Александр Викторович* — канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней, эндоскопической и детской хирургии ИПКСЗ, тел.: 39-05-17; *Миллер Александр Маркович* — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней, эндоскопической и детской хирургии ИПКСЗ, главный уролог Хабаровского края, тел.: 27-22-67; *Ярошенко Виктор Петрович* — аспирант кафедры урологии ДВГМУ, тел.: 8-924-207-29-33.

