

**Сороко А.Л.**

*УЗ «Брестская областная больница», г. Брест,  
Республика Беларусь*

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ КИСТ ПОЧЕК.**

**Введение.** Простые кисты почек являются наиболее частым видом кистозных заболеваний почек, составляют около 3 % всей урологической патологии и в 70 % случаев протекают бессимптомно. Крайне редко они проявляются болями в поясничной области или подреберье, артериальной гипертензией. Чаще всего кисты почек обнаруживаются случайно при УЗИ. Чрескожная пункция кисты почки впервые была произведена Thompson в 1861 году. Пункция под ультразвуковым контролем проста в исполнении и легко переносится больными, однако, чем больше размер кисты, тем чаще возникает рецидив (в 20-60% случаев). Крайне редко (у 0,05-2% больных) встречаются опухоли в полости кисты. В настоящее время активно используются лапароскопические операции. Однако главным недостатком этого метода является необходимость общего наркоза, что ограничивает возможность его применения у пациентов с высоким анестезиологическим риском, а также доступ через брюшную полость. В 1984 году К. Korth и Н. Eickenberg для лечения почечных кист

впервые применили ригидный нефро-скоп и резектоскоп. Метод основан на чрескожной пункции кисты под ультразвуковым контролем, дилатации кистостомического канала, кистоскопии, частичной резекции стенок кисты или их рассечении и широкой марсупиализации полости кисты с паранефральной клетчаткой с помощью холодного ножа или петли резектоскопа. Физиологической основой операции является способность паранефральной жировой клетчатки абсорбировать кистозное содержимое и тем самым предупредить рецидив.

**Материалы и методы.** Произведено 75 операций пациентам 30-78 лет. Мужчин было 30 (40%), женщин – 45 (60%). Киста правой почки у 30 пациентов (40%), левой – у 45 (60%). Киста в нижнем полюсе у 32 пациентов (42,7%), в средней части – у 28 (37,3%), в верхнем полюсе – у 15 (20,0%). Размеры кист от 6х5 до 17х15 см. У 13 больных (17,3%) было по 2 и 3 кисты в одной почке. На этапах освоения методики операция производилась под местной анестезией после введения промедола или фентанила, в дальнейшем стали использовать спинно-мозговую анестезию и реже – интубационный наркоз. Это связано с тем, что после разреза стенки кисты из ее полости в забрюшинное пространство начинает поступать жидкость, раздражая брюшину и вызывая у пациента выраженный дискомфорт и болевой синдром. Положение больного – лежа на животе или на здоровом боку. Использовался нефроскоп или резектоскоп 26Fr, эндоскопические ножницы и щипцы. В качестве промывной жидкости использовалась стерильная дистиллированная вода. Длительность операции 15–20 мин. Операция заканчивалась установкой по тубусу нефроскопа или резектоскопа кистостомического дренажа 18Fr на 2-3 суток.

**Результаты и обсуждения.** Средний послеоперационный период составил 7,6 суток. Всем больным производился ультразвуковой контроль перед выпиской и через 3, 6 и 12 месяцев. Как правило, при выписке определялась остаточная полость кисты до 2,5 см в диаметре (чем больший размер кисты до операции – тем больше остаточная полость).

Одно интраоперационное осложнение (1,4%): у пациента 52 лет с сахарным диабетом (ранее дважды перенесшего пункцию и одну эндоскопическую операцию), во время повторного эндоскопического вмешательства возникло выраженное кровотечение из склерозированной стенки кисты. Ввиду неэффективности эндоскопического гемостаза произведена люмботомия с иссечением кисты.

Одно послеоперационное осложнение (1,4%): у пациентки 49 лет после двух вмешательств на кистах обеих почек 17х15 см и 6х6 см на 2 сутки развилась острая почечная недостаточность (2%) по типу ТУР-синдрома, произведены 4 сеанса гемодиализа, выздоровление. Было четыре рецидива в течение трех лет у больных с кистами более 10 см в диаметре (5,3%), после повторных эндоскопических вмешательств рецидивов не было.

#### **Выводы.**

1. Эндоскопическая забрюшинная хирургия кист почек наиболее эффективна и безопасна при кистах размерами более 6 см и при их расположении в среднем и нижнем сегментах почки по задней и латеральной поверхности.
2. Методика по эффективности не уступает лапароскопическим и открытым операциям и значительно превосходит метод чрескожной пункции.

3. Необязательность общего наркоза и возможность лечения пациентов с самым высоким риском анестезии и малая травматичность вмешательства делают метод более простым и приемлемым, нежели лапароскопическая хирургия.