

Князюк А.С.¹, Чипура И.В.², Лемтюгов М.Б.¹

¹УО Гомельский государственный медицинский университет,

²УЗ ГГКБ №2., г.Гомель, Республика Беларусь.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК.

Введение. Простые кисты являются наиболее частым видом кистозного поражения почек и составляют около 3% урологических заболеваний. В 70% случаев простые кисты бессимптомны и лечения не требуют, но иногда могут сопровождаться болевым синдромом, нарушением уродинамики, артериальной гипертензией, поддерживать течение хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности.

Среди оперативных методов лечения выделяют: лечебно-диагностическая пункция с проведением склеротерапии, эндовидеохирургическая операция (кистоскопические, ретроперитонеоскопические и лапароскопические чрескожные доступы), открытая операция (нефрэктомия, резекция почки, вылушивание кисты или иссечение её свободной стенки), операции из мини-доступа.

Преимущества эндовидеохирургической операции бесспорны: радикальность, универсальность, более низкая травматичность по сравнению с открытой операцией, отсутствие кровопотери, большие диагностические возможности, свобода маневра во время операции, возможность выполнения симультантных оперативных вмешательств, короткий срок реабилитации, малый риск осложнений.

К недостаткам можно отнести: высокие требования к технике выполнения операции, высокая себестоимость операции, большая травматичность по отношению к чрескожной пункции кисты.

Цель. Оценить результаты и эффективность открытых и лапароскопических методов лечения солитарных жидкостных образований почек на базе урологического отделения ГГКБ №2.

Материалы и методы. Исследованы истории болезни 48 пациентов с кистами почек за период 2012-2014гг. В статистическую обработку включены результаты различных методов лечения: лапароскопическое иссечение кисты — 18 человек. В группу сравнения вошли 30 пациентов, которым проводилось открытое иссечение кисты.

При статистической обработке материалов была использована программа Statistika 6. В тексте значения уравнены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, а m – стандартное отклонение.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов было 30 женщин и 18 мужчин, возраст больных варьировал от 23 до 75 лет. Средний рост пациентов $167,7 \text{ см} \pm 6,6 \text{ см}$, а вес $79,3 \text{ кг} \pm 15,65 \text{ кг}$. В 21 (43,7%) случаях солитарные кисты локализовались в правой почке, в левой в 25 (52,1%) случаях, двусторонние кисты были в 2 (4,2%) случаях.

Средняя продолжительность операции при лапароскопическом вмешательстве составила $78,3 \pm 24,2$ мин., тогда как при открытой операции $70,7 \pm 18,2$ мин. Вышеуказанная продолжительность при эндоскопических операциях, на наш взгляд, объясняется несовершенством техники оперативного вмешательства в период освоения методики. При этом группе с лапароскопическим вмешательством обезболивание наркотическими анальгетиками в послеоперационном периоде проводилось только в первые сутки, а пациентам с открытой операцией $2,8 \pm 0,6$ суток.

Активизация пациентов при лапароскопическом вмешательстве осуществлялась в первые сутки, иногда на вторые, что связано с пребыванием в ОАИРиТ и в среднем составила $1,1 \pm 0,2$ сут. При открытых операциях пациенты начинали ходить на 2-3 сутки, что связано с тяжестью операции, большим операционным доступом. Длительность постельного режима этих пациентов составила $2,8 \pm 0,6$ сут. Послеоперационный койко-день составил при эндоскопических операциях $4,9 \pm 1,4$ к/д, в то время как при открытой $11,6 \pm 2,6$ к/д.

В одном случае пришлось произвести конверсию с лапароскопической операции на открытую, что было связано с высоким расположением кисты (в верхнем полюсе) и выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

Осложнений при выполнении как открытых, так и лапароскопических операций не было. Рецидивов по данным УЗИ на момент наблюдения не выявлено.

Заключение. С появлением в «арсенале» урологов эндоскопического оборудования необходимо увеличить долю лапароскопических иссечений кист почек любой локализации, так как это позволяет сократить период реабилитации пациентов.

Традиционную открытую операцию, на наш взгляд, лучше применять только в том случае, если лапароскопическая операция противопоказана или недоступна.