

Преимущества люмбоскопического метода оперативного лечения кист почек

Голубкин Е. А., Лозовский В. В., Пролиско О. Э.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть».
г. Астрахань.

Введение. В структуре урологических заболеваний простая (солитарная, истинная, сезонная, кортикальная) киста встречается у 3% пациентов. По данным некоторых авторов простая киста обнаруживается у 50% умерших при вскрытии. По мере увеличения в размерах киста в зависимости от расположения сдавливает почечную паренхиму и мочеточник, то неизбежен прогрессирующий гидронефроз. Прогрессивный рост кисты, нарушение уродинамики диктует необходимость оперативного лечения.

Материал и методы. В урологическом отделении НУЗ «МСЧ» с 2005 по февраль 2006 годов оперировано 12 больных с простыми кистами почек. 5 из них оперировано традиционным способом через люмботомический доступ. В этих случаях простая киста располагалась в воротах почки между лоханкой и сосудами почки, осложнённая гидрокаликозом, 4 кисты верхнего полюса почки имели размер более восьми сантиметров. 7 больных с кистами нижнего и среднего сегментов почки оперированы люмбоскопически с помощью стандартного набора для эндохирургии и эндоскопической стойки «Stryker». До операции больным разъяснялись особенности эндоскопического вмешательства, ограничения и осложнения данного метода. Пациенты предупреждались о возможном переходе к открытому вмешательству (конверсии). Под эндотрахеальным наркозом больного укладывали на операционном столе в положении на боку с валиком. В поясничном треугольнике делали разрез кожи длиной 2 см. и углубляли его до пояснично-грудной фасции, которую рассекали. Полость в забрюшинном пространстве создавали сначала пальцем, затем рабочую полость расширяли импровизированным дилататором из пальца хирургической перчатки, наполняемого до объема 500 см³. Затем вводили троакар Хассона. Нагнетали углекислый газ до давления 13-15 мм. рт. ст. Первый дополнительный троакар вводили у конца XII ребра по средней подмышечной линии, второй - чуть выше верхнезадней подвздошной ости. После рассечения почечной фасции разведения окопечной клетчатки находили латеральную поверхность почки. Киста выглядела как объемное образование голубоватого цвета, чётко отграниченное от окружающей почечной паренхимы. Стенки кисты аккуратно иссекались электроножом и направлялись на гистологическое исследование. После тщательного осмотра для исключения опухоли полости кисты, в последнюю на 24-48 часов устанавливали дренажную трубку.

Результаты. В группе больных оперированных традиционным способом послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний послеоперационный койко-день составил 7,6, средняя продолжительность операции 42 мин. В группе больных оперированных люмбоскопически после удаления дренажа на третьи-четвертые сутки больные выписывались из стационара. Средняя продолжительность операции 105 мин, средний послеоперационный койко-день 3,6. В этой группе пациентов в одном случае была повреждена брюшина, однако после уравнивания давление по обе стороны созданная рабочая полость не спалась, операция была успешно завершена. В одном случае, в связи с высокой подвижностью почки, ее смещении в малый таз и недоступности для эндоскопической визуализации, произведена конверсия, операция закончена традиционным способом.

Заключение. Анализ проведенных операций показал, что люмбоскопическое иссечение кист идеально при простых кистах почек, расположенных в нижнем или среднем сегментах почки. Для точного определения локализации кисты, исключения опухоли почки,