

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТА РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ КІСТ НИРОК

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТА РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ КІСТ НИРОК – У статті наведено віддалені результати власного досвіду виконання лапароскопічних та ретроперитонеоскопічних операційних втручань при кістах нирок порівняно з даними відкритих урологічних операцій. Описано методику виконання ендовідеохірургічних операцій з використанням лапароскопічного та ретроперитонеоскопічного доступів. Показано клінічні переваги малоінвазивних методик.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КИСТ ПОЧЕК – В статье приведены отдаленные результаты собственного опыта выполнения лапароскопических и ретроперитонеоскопических операционных вмешательств при кистах почек по сравнению с данными открытых урологических операций. Описана методика выполнения эндовидеохирургических операций с использованием лапароскопического и ретроперитонеоскопического доступов. Показано клинические преимущества малоинвазивных методик.

LONG-TERM RESULTS OF LAPAROSCOPIC AND RETROPERITONEOSCOPIC SURGERY FOR RENAL CYSTS – The article presents the long-term results of their own experience of retroperitoneoscopic and laparoscopic surgical interventions in kidney cysts compared with the data of open urological operations. The method of execution endovideosurgical operations using laparoscopic and retroperitoneoscopic accesses was described. Clinical benefits of minimally invasive techniques were shown.

**Ключові слова:** лапароскопічні, ретроперитонеоскопічні операційні втручання, кіста, нирка.

**Ключевые слова:** лапароскопические, ретроперитонеоскопические операционные вмешательства, киста, почка.

**Key words:** retroperitoneoscopic, laparoscopic surgeries, cyst, kidney.

**ВСТУП** Актуальність вивчення кістозних захворювань нирок зумовлена широкою розповсюдженістю цієї патології. За даними Т. F. Whelan (2010), на ризиках осіб, старших 50 років, знахідки кіст нирок перевищують 50 % [1]. Більшість кіст має безсимптомний перебіг і діагностується лише при виникненні таких ускладнень, як порушення уродинаміки, запальні процеси нирки, нефрогенна гіпертензія, ниркова недостатність. Частина кіст має мінімальну симптоматику у вигляді болю, перехідної гематурії, періодичних порушень відтоку тощо [2, 3]. Частота виявлення кіст особливо зросла сьогодні із застосуванням сучасних візуалізуючих методів діагностики, і в багатьох випадках кісти нирок є випадковою знахідкою при різних обстеженнях. Із впровадженням у клінічну практику комп'ютерної томографії в осіб старшої вікової групи частота виявлення простих кіст при обстеженні складає близько 3 % [4]. Проста кіста нирки зазвичай буває поодиноким, хоча зустрічаються множинні, багатокамерні і, рідше, двобічні кісти. При описі кіст з 1986 року найчастіше користуються класифікацією за М. А. Bosniak, за якою виділяють п'ять категорій за ступенем їх можливої малігнізації [5, 6].

При першій категорії - ризик малігнізації складних кіст нирок менший ніж 2 %, при категорії II і III – ризик малігнізації кіст нирок складає 18 і 33 % відповідно. Близько 92 % кіст нирок при категорії IV має схильність до малігнізації [5].

Діагностика кіст нирок ґрунтується на даних клінічної картини, УЗД, внутрішньовенної урографії, КТ або МРТ, даних лабораторних аналізів крові й сечі. Широке впровадження в практику досягнень сонографії та сучасних методів променевої діагностики дозволяє встановлювати діагноз кістозних захворювань майже в 100 % клінічно значимих випадків [7]. Проте об'єм та послідовність досліджень, що виконуються при підозрі на кісту нирки, різноманітні.

Лікувальна тактика та підходи урологів щодо кістозних захворювань нирок та вибору методу їх лікування суперечливі [8, 9, 10]. Найчастіше, хірургічне втручання при кістах нирок проводиться тільки у випадках ускладнень та вторинних обструкцій, а також при підозрах на злоякісний характер змін. Надійним методом лікування є відкриті операції, але важкий доступ та цілий ряд можливих ускладнень при них підштовхнув до розвитку малоінвазивного напрямку в лікуванні простих кіст нирок. При простих кістах нирок використовуються різні доступи: черезшкірні, лапароскопічні та ретроградні [1, 2, 10]. Разом з тим, залишаються не цілком ясними і найчастіше суперечливими думки про показання до операційного втручання при простих кістах та про методику його проведення, про кращий алгоритм і обсяг інструментальних обстежень, про вибір критеріїв ефективності лікування [11–13].

Метою роботи стало вивчити віддалені результати ретроперитонеоскопічних та лапароскопічних операцій з приводу кіст нирок, порівняти отримані результати з відкритими операційними втручаннями.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** У роботі вивчали дані, отримані у 130 пацієнтів, які лікувалися в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011–2013 рр. з приводу кіст нирок із малим ризиком малігнізації, за класифікацією Bosniak I та II категорій. Основну групу склали 96 пацієнтів, прооперованих з використанням ендовідеохірургічних методик. Результати порівнювалися з даними 34 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією, але з відкритими операціями. Віко-стативна структура та передопераційна підготовка хворих не відрізнялися між групами. При виконанні ендовідеохірургічної операції використовували два доступи – лапароскопічний та ретроперитонеоскопічний. Віддалені результати оцінювали в терміни: 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Далі щороку до п'яти років спостереження. При зверненні пацієнта виконували загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, виконували УЗД нирок.

Для оцінки якості життя у віддаленому післяопераційному періоді (ЯЖПП) ми також використовували анкету SF-12, так званий гострий (acute) варіант,

який враховує зміни ЯЖПП за один тиждень і є придатний до динамічного спостереження. Вісім підшкал формують дві основних шкали: фізичного та психічного функціонування, а також загальний показник якості життя. Найбільшу різницю відмічено в інтенсивності болю та рольовому фізичному функціонуванні, що і впливає найбільш істотно на більш низький загальний показник якості життя у пацієнтів після відкритих операцій. Віддалені результати операції оцінювалися у катамнезі із застосуванням ряду таких показників:

- відновлення працездатності;
- якість життя (анкета SF-12);
- рецидиви основного захворювання та необхідність повторних операційних втручань;
- післяопераційні ускладнення;
- стан післяопераційного рубця (м'язова слабкість, грижа) та шкірної чутливості у його ділянці;
- наявність болю в післяопераційній ділянці.

Отримані результати обробляли методами варіаційної статистики (обчислення та порівняння середніх показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Група пацієнтів із кістами нирок включала 130 осіб (41,7 % від усіх обстежених) – 96 основної групи з EVX операціями та 34 – контрольної. За віком у підгрупу входили хворі від 18 до 74 років (середній вік  $(53,5 \pm 1,49)$  року), за статтю – 70 чоловіків та 60 жінок, причому особи, які належали до основної та контрольної груп, мали зіставні статево-вікові показники без вірогідної різниці. Розміри кістозних утворів нирок перебували в межах від 48 до 120 мм, у середньому розмір кісти складав  $(68 \pm 18)$  мм. Стосовно розташування, було діагностовано правобічні кісти у 42 % випадків, лівобічні – у 44 %, двобічні – у 14 %. За класифікацією Bosniak, виявлені кісти належали до I та II категорій, з малим ризиком малігнізації.

При клінічному обстеженні у пацієнтів домінували скарги на тупий розпираючий біль у поперековій ділянці (82 % пацієнтів), реєстрували підвищений артеріальний тиск у 60 % хворих, пальпували об'ємні утвори в ділянці нирки – у 19 % пацієнтів, підвищення температури тіла вище 37,5 % було зафіксовано у 6 % хворих, макрогематурію виявили у 4 пацієнтів (3 %). У 16 % пацієнтів кісти нирок було знайдено при скринінговому УЗД.

При вивченні результатів вдалось обстежити загальною 97 пацієнтів, що складало 74,6 % від загальної кількості оперованих, серед них пацієнтів, які оперовані лапароскопічно та ретроперитонеоскопічно було 72, оперованих відкрито – 25 пацієнтів. При обстеженні через місяць повторних операційних втручань з приводу кіст нирок не виконували в жодній групі, артеріальна гіпертензія зберігалась у 30 % пацієнтів. Період реабілітації, характеризований нами як період, протягом якого хворий не міг виконувати роботи, які виконував до операційного втручання, або термін перебування на лікарняному листі мав вірогідну різницю у пацієнтів основної та контрольної груп. Так, в основній групі період реабілітації складав  $(14,2 \pm 3,2)$  доби, водночас, у пацієнтів контрольної групи він становив  $(29,4 \pm 8,2)$  доби ( $p < 0,01$ ).

Анкетування з використанням анкети SF-12, що проведено через місяць після операції, виявило в обох групах зниження як загального показника якості життя (в основній – до 60,1 %, в контрольній – до 58,2 %), так і двох основних його складових, при цьому, показник фізичного функціонування був на 30 % нижчий, ніж показник психічного функціонування. При подальших зверненнях протягом 6,12 місяців та надалі, вірогідної різниці в показниках анкетування за SF-12 у пацієнтів з малоінвазивними та відкритими операціями не виявлено.

При спостереженні в післяопераційному періоді вдалось отримати дані через рік у 42 (43,3 %) хворих, через три роки у 41 (42,2 %) та через 5 років у 14 (14,5 %) пацієнтів. Встановлено, що рецидив кісти після малоінвазивних втручань, що потребував повторного втручання, був у 1 пацієнта (1,3 %), у 3 пацієнтів спостерігали залишкові явища порожнини кісти до 25–30 мм у діаметрі, що не потребували повторних втручань. Після відкритих втручань у 1 пацієнта, що складало 4 %, відмічено рецидив, який потребував пункції та дренирування, та у 1 пацієнта спостерігали залишкову порожнину кісти до 30 мм, що не потребувала втручання. У віддаленому післяопераційному періоді протягом року спостереження пацієнти після відкритих втручань більше звертали увагу на болючість у ділянці післяопераційного рубця, парестезії або відсутність чутливості в ділянці операційного втручання, що не відмічали пацієнти після малоінвазивних втручань.

**ВИСНОВКИ** 1. Якість життя (за анкету SF-12) вірогідно краща у пацієнтів після малоінвазивних операційних втручань, порівняно з відкритими, але вказана різниця нівелюється після півроку спостереження.

2. Період реабілітації після виконання ендовідеохірургічних втручань з приводу кіст удвічі менший порівняно з відкритими втручаннями ( $(14,2 \pm 3,2)$  доби та  $(29,4 \pm 8,2)$  доби відповідно).

3. Відсоток рецидивування кіст після ендовідеохірургічних втручань вірогідно менший (1,3 %) порівняно з відкритими втручаннями (4 %).

**Перспективи подальших досліджень** – продовжити накопичення досвіду виконання резекції кіст з використанням ендовідеохірургічного доступу. Розробити рекомендації щодо вибору методу лікування кіст нирок залежно від локалізації та класифікації за Bosniak в світлі отриманих даних аналізу віддалених результатів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонов А. В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение / А. В. Антонов // Урологические ведомости. – 2012. – Т. 2, № 4. – С. 32–41.
2. The incidence of simple renal cyst by computed tomography / S. Tada, J. Yamagishi, H. Kobayashi [et al.] // Clin. Radiol. – 1983. – Vol. 34. – P. 437–439.
3. Differential diagnosis of complex renal cysts based on lesion size along with the Bosniak renal cyst classification / H. H. Han, K. H. Choi, Y. T. Oh [et al.] // Yonsei Med. J. – 2012. – Vol. 3(4). – P. 729–733.
4. Bosniak M. A. The Bosniak renal cyst classification: 25 years later / M. A. Bosniak // Radiology. – 2012. – Vol. 262(3). – P. 781–785.

5. Israel G. M. Evaluation of cystic renal masses: comparison of CT and MR imaging by using the Bosniak classification system / G. M. Israel, N. Hindman, M. A. Bosniak // *Radiology*. – 2004. – Vol. 231, № 2. – P. 365–371.

6. Agarwal M. M. Surgical management of renal cystic disease / M. M. Agarwal, A. K. Hemal // *Curr. Urol. Rep.* – 2011. – Vol. 12(1). – P. 3–10.

7. Management of a simple renal cyst in a complex patient / M. Q. Khan, I. L. Ponor, A. E. Ross, W. Khaliq // *BMJ Case Rep.* – 2013. – Vol. 2013: bcr2013009270.

8. Percutaneous treatment of renal cysts with OK-432 sclerosis / Y. D. Choi, S. Y. Cho, K. S. Cho [et al.] // *Yonsei Med. J.* – 2007. – Vol. 48(2). – P. 270–273.

9. Clinical outcomes of Bosniak category IIF complex renal cysts in Korean patients / J. H. Hwang, C. K. Lee, H. S. Yu [et al.] // *Korean J. Urol.* – 2012. – Vol. 53(6). – P. 386–390.

10. complex renal cyst: it is time to call the oncologist? / A. Granata, A. Basile, G. A. Bruno [et al.] // *Int. J. Nephrol.* – 2011. – Vol. 2011: 893985.

11. Whelan T. F. Guidelines on the management of renal cyst disease / Thomas F. Whelan // *Can. Urol. Assoc. J.* – 2010. – Vol. 4(2). – P. 98–99.

Отримано 23.01.15