



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60567

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ НИРОК ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

1

2

(21) 2003010003

(22) 02 01 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Саричев Леонід Петрович, Пархомчук Павло  
Анатолійович, Курячий Юрій Віталійович, Афона-  
с'єв Ігор Євгенійович(73) Саричев Леонід Петрович, Пархомчук Павло  
Анатолійович, Курячий Юрій Віталійович, Афона-  
с'єв Ігор Євгенійович(57) Спосіб хірургічного лікування кіст нирок вели-  
ких розмірів, що включає перкутанний доступ до

кісти, панорамну кістоскопію на дозованому тиску промивної рідини з послідовним з'єднанням порожнини кісти із заочеревинним простором шляхом розтину субкапсулярної стінки кісти у безсудинній зоні, який відрізняється тим, що кістоскопію виконують на тиску промивної рідини - 60см водного стовпа, з поступовим зниженням до 0 і по вгинанню стінки кісти у її порожнину визначають ділянку стінки для оперативного втручання, вильну від паренхіми і прилеглих внутрішніх органів і утворюють постійний дренажний отвір у заочеревинний простір заданих розмірів

Запропонований винахід відноситься до галузі медицини, а саме до урології і може бути використаний при екстрауретеральному ендоскопічному лікуванні кіст нирок великих розмірів.

Кістозним захворюванням нирок в Україні приділяється все більше уваги. Розповсюдженість кіст нирок складає від 5% на четвертому десятиріччі до 36% на восьмому десятиріччі життя. При цьому, характерною особливістю кістозних утворень нирок є більша схильність до прогресування і рецидивів у молодших вікових групах (N Terada et al., 2002). Перебіг кіст нирок великих розмірів може ускладнитись порушенням уродинаміки та ниркової гемодинаміки, інфікуванням, крововиливом та розривом (М.Ф. Трапезникова, С.Б. Уренков, У.Р. Ба, 1997). Перевагу надають малоінвазивним способам лікування кістозних захворювань нирок. Проте існуючі методи лікування кіст нирок не завжди приводять до бажаного результату (E. N. Liatsikos et al., 2000).

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів, що включає перкутанний доступ до кісти, панорамну кістоскопію на тиску промивної рідини 80-100см водного стовпа з послідовним розтинном субкапсулярної стінки кісти у безсудинній зоні та з'єднання (марсупіалізація) порожнини кісти із заочеревинним простором (Трапезникова М.Ф., Уренков С.Б. Способы лечения кистозных образований почек, 1997).

Однак, відомий спосіб має недостатню ступінь

ефективності лікування зумовлену тим, що тиск промивної рідини, який дорівнює 80-100см водного стовпа призводить до неконтрольованого розриву витонченої субкапсулярної стінки кісти, що супроводжується пошкодженням судин, розвитком кровотечі, затіканням промивної рідини у заочеревинний простір, утворенням гематом у паранефральній жировій клітковині. Внаслідок миттєвого зниження тиску промивної рідини порушується герметичність кісти, зникає її об'єм і подальші маніпуляції у порожнині кісти стають неможливими. Зникає можливість утворення заданих розмірів постійного дренажного отвору у заочеревинний простір. Крім того, відсутні об'єктивні показники (характеристики) про прилягання паренхіми нирки та внутрішніх органів до стінки кісти, обраної для марсупіалізації, тому виникає небезпека їх ушкодження.

В основу винаходу поставлене завдання створити мінімально інвазивний спосіб хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів (>6см), шляхом удосконалення відомого способу досягти запобігання інтраопераційних і післяопераційних ускладнень - розриву витонченої стінки кісти та ушкодження внутрішніх органів і забезпечити підвищення ступеню ефективності лікування та скорочення терміну перебування хворих у стаціонарі.

Поставлене завдання вирішують створенням способу хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів, що включає перкутанний доступ до кісти, панорамну кістоскопію на дозованому тиску про-

(13) A

(11) 60567

(19) UA

мивної речовини з послідовним з'єднанням (марсупіалізацією) порожнини кісти із заочеревинним простором шляхом розтину субкапсулярної стінки кісти у безсудинній зоні, який, згідно винаходу, відрізняється тим, що кістоскопію виконують на тиску промивної рідини 60см водного стовпа з поступовим зниженням до 0 і по вгинанню стінки кісти у її порожнину визначають ділянку для оперативного втручання, вільну від паренхіми і прилягаючих внутрішніх органів і утворюють постійний дренажний отвір у заочеревинний простір заданих розмірів

Спосіб лікування кіст нирок великих розмірів здійснюють наступним чином

Хворого укладають на операційний стіл горизонтально у положенні на животі. За допомогою ультрасонографії вибирають місце для пункції кісти нирки. У поперековій ділянці на рівні кінця XII ребра під внутрішньовенним знеболюванням виконують розтин шкіри довжиною 1см і розширюють його на глибину м'язів. Після цього за допомогою набору інструментів виконують черезшкірний пункційний доступ до кісти за принципом техніки Сельдінгера. Після розширення пункційного каналу за допомогою металевих телескопічних дилаторів до розміру №24 по Шар'єру у порожнину кісти вводять резектоскоп Іглезіаса з тубусом 24-26F і виконують панорамну кістоскопію на тиску промивної рідини (5% розчин глюкози), який дорівнює 60см водного стовпа. При поступовому зниженні тиску промивної речовини у порожнині кісти від 60 до 0мм водного стовпа виникає пролябція (вгинання) у порожнину кісти субкапсулярної стінки, яка прилягає до зовнішньої поверхні нирки, має найменшу товщину і відрізняється найбільшою мобільністю. За допомогою гострокінцевого крючкоподібного коагулюючого електрода у безсудинній зоні проводять хрестоподібний розтин довжиною 3-5см (в залежності від об'єму і локалізації) мобільної стінки кісти до навколониркової жирової клітковини. У порожнину кісти на 2-3 доби (до припинення виділення рідини) встановлюють дренаж - катетер Foley 16-18F. Впродовж 1 року проводять УЗ моніторинг оперованої нирки.

Приклад 1. Хвора П., 48 років (історія хвороби №21391) знаходилась на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з 03.12.01р по 06.12.01р з діагнозом "Солітарна кіста лівої нирки". При надходженні викazuje скарги на біль у поперековій ділянці зліва. Хворіє впродовж 2-х років. При ультрасонографії у середньому сегменті правої нирки було виявлено піоехогенне (гідрофільне) утворення округлої форми з чіткими контурами розмірами до 7см. Від запропонованого оперативного лікування хвора утрималась. Впродовж останніх 3 місяців біль посилювався,

носить постійний характер. При контрольному УЗ дослідженні встановлено, що кістозне утворення у середньому сегменті лівої нирки збільшилось до 10см, з рівномірною капсулою товщиною понад 1мм. 4.12.2001р хворій виконана операція - екстраренальна ендоскопічна марсупіалізація кісти лівої нирки запропонованим способом. Встановлений під час операції дренаж (катетер Foley 18F) видалений через 1 добу. Хвора була виписана із стаціонару на 2 добу після операції у задовільному стані. При контрольному обстеженні через 1, 3 та 6 місяців після операції скарг не відмічає. УЗ моніторинг свідчить за відсутність залишкової порожнини після марсупіалізації кісти лівої нирки.

Приклад 2. Хвора Б., 64 роки (історія хвороби №2159) знаходилась на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з 7.02.2002р по 13.02.2002р з діагнозом "Солітарні кісти обох нирок". При надходженні хвора викazuje скарги на періодичний біль у поперековій ділянці справа, який посилювався після фізичного навантаження. Хворіє впродовж 3-х років. При ультрасонографії в нижньому сегменті правої нирки виявлено піоехогенне (гідрофільне) утворення округлої форми з чіткими контурами діаметром до 11см і рівномірною капсулою товщиною до 1,5мм. У середньому сегменті лівої нирки виявлено піоехогенне (гідрофільне) утворення округлої форми з чіткими контурами діаметром до 3см і тонкостінною, рівномірною капсулою товщиною до 1мм. 8.02.2002р хворій проведена операція на правій нирці запропонованим способом. Встановлений під час операції дренаж - катетер Foley 18F видалений на 3 добу. Хвора була виписана із стаціонару на 5 добу після операції у задовільному стані. При контрольному обстеженні через 1, 3 та 6 місяців після операції скарг не відмічає. УЗ моніторинг свідчить за відсутність залишкової порожнини після марсупіалізації кісти правої нирки.

Запропонованим способом проліковано 22 хворих (6 чоловіків та 16 жінок) віком від 29 до 73 років. У 4-х випадках оперативне втручання виконано на обох нирках. Ступінь ефективності лікування запропонованим способом оцінювали за наявністю клінічних проявів, даних ультразвукового моніторингу в ранньому післяопераційному періоді, через 1, 3 та 6 місяців після операції.

Запропонований спосіб хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів впроваджений в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. Аналіз результатів лікування показав, що застосування запропонованого способу дозволяє уникнути інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, скоротити термін перебування хворих у стаціонарі.