



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60568

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІНТРАПАРЕНХІМАТОЗНИХ КІСТ НИРОК

1

2

(21) 2003010004

(22) 02.01.2003

(24) 15.10.2003

(46) 15.10.2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Саричев Леонід Петрович, Пархомчук Павло
Анатолійович, Афанас'єв Ігор Євгенійович, Курячий
Юрій В'ячеславович(73) Саричев Леонід Петрович, Пархомчук Павло
Анатолійович, Афанас'єв Ігор Євгенійович, Курячий
Юрій В'ячеславович

(57) Спосіб хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок, що включає перкутаний доступ до субкапсулярної кісти, кістоскопію, утворення постійного дренажного отвору у простінку між інтрапаренхіматозною кістою та субкапсулярною кістою, який відрізняється тим, що дренажування інтрапаренхіматозної кісти виконують шляхом послідовного утворення постійних дренажних отворів у безсудинних зонах, спочатку між інтрапаренхіматозною кістою та субкапсулярною кістою, потім між субкапсулярною кістою та заочеревинним простором

Запропонований винахід відноситься до галузі медицини, а саме до урології і може бути використаним для екстрауретерального ендоскопічного лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок.

Частота виявлення кістозних утворень нирок при масовому обстеженні населення збільшується з віком і досягає на восьмому десятиріччі життя 36% (N Terada et al., 2002). Особливістю множинних кіст нирок є більша схильність до прогресування і рецидивного перебігу. Інтрапаренхіматозні кісти нирок у більшій мірі порушують уродинаміку та ниркову гемодинаміку і створюють умови для розвитку запального процесу, нефросклерозу та нефрогенної гіпертензії. Перевагу віддають мінімально інвазивним методам лікування кістозних утворень нирок (М.Ф. Трапезникова, С.Б. Уренков, УР Ба, 1997, Е.Н. Liatsikos et al., 2000). Існуючі методи лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок не завжди приводять до бажаного результату, що зумовлює необхідність розробки більш ефективних способів лікування.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок, що включає виконання перкутаної нефростомії, нефроскопії, інтрауретерального з'єднання (марсупіалізацію) кісти із нирковою мискою шляхом розтину простінки між нирковою мискою і кістою (Korth K. Percutane Nierensteinchirurgie Technik und Taktik, 1984).

Однак, відомий спосіб має недостатню ступінь ефективності лікування зумовлену тим, що існує високий ризик розвитку неконтрольованої кровотечі при інтрауретеральному з'єднанні інтрапаренхіматозні кісти з нирковою мискою внаслідок відсутності об'єктивних даних про прилягання паренхіми нирки і крупних су-

дин до стінки ниркової миски, обраної для марсупіалізації.

В основу винаходу поставлене завдання створити мінімально інвазивний спосіб хірургічного лікування множинних, у тому числі інтрапаренхіматозних кіст нирок, які у зв'язку з анатомічними особливостями їх розташування неможливо напряму з'єднати з навколонирковою жировою клітковиною, шляхом удосконалення відомого способу досягати запобігання інтраопераційних ускладнень - ризику пошкодження паренхіми нирки і крупних судин з розвитком неконтрольованої кровотечі і забезпечити підвищення ступеню ефективності лікування та скорочення терміну перебування хворих у стаціонарі.

Поставлене завдання вирішують створенням способу хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок, що включає перкутаний доступ до субкапсулярної кісти, кістоскопію, утворення постійного дренажного отвору у простінку між інтрапаренхіматозною кістою та субкапсулярною кістою, між субкапсулярною кістою та заочеревинним простором. Згідно винаходу, дренажування інтрапаренхіматозної кісти виконують шляхом послідовного утворення постійних дренажних отворів у безсудинних зонах, спочатку між інтрапаренхіматозною кістою та субкапсулярною кістою, потім між субкапсулярною кістою та заочеревинним простором.

Запропонований спосіб хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кіст нирок здійснюють наступним чином.

Хворого укладають горизонтально на операційний стіл у положенні на животі. За допомогою ультрасонографії встановлюють товщину простінки між двома розташованими поруч кістами та вибирають

(13) A

(11) 60568

(19) UA

ділянку, вільний від паренхіми нирки. Вибирають місце для пункції кисти нирки. У поперековій ділянці на рівні кінця XII ребра під внутрішньовенним знеболюванням виконують розтин шкіри довжиною 1 см і розширюють його на глибину м'язів. Після цього за допомогою набору інструментів виконують черезшкірний пункційний доступ до субкапсулярної кисти за принципом техніки Сельдінгера. Після розширення пункційного каналу за допомогою металевих телескопічних дилататорів до розміру №24 по Шар'єру у порожнину субкапсулярної кисти вводять резектоскоп Іглзаса з тубусом 24-26F і виконують панорамну кістоскопію на тиску промивної рідини (5% розчин глюкози), який дорівнює 60 см водного стовпа. За допомогою крючкоподібного коагулюючого електрода у безсудинній зоні проводиться хрестоподібний розтин простінку між інтрапаренхіматозною кістою та субкапсулярною кістою довжиною 1 см. Далі резектоскоп вводиться у інтрапаренхіматозну кісту і виконується панорамна кістоскопія. За допомогою кутрової ріжучої петлі проводиться розширення отвору між кістами до 2-3 см (в залежності від об'єму кист). Далі резектоскоп виводиться назад у субкапсулярну кісту. За допомогою гострокінцевого крючкоподібного коагулюючого електрода у безсудинній зоні, вільній від паренхіми, проводиться хрестоподібний розтин стінки кисти довжиною 3-5 см (в залежності від об'єму і локалізації кисти) до навколониркової жирової клітковини. До припинення виділення рідини у порожнину кисти встановлюється дренаж - катетер Foley 16-18F. Впродовж одного року проводиться УЗ моніторинг оперованої нирки.

Приклад 1. Історія хвороби №794. Хворий Х, 52 роки, знаходився на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з 21.01.2002р по 30.01.2002р з діагнозом: прості кисти обох нирок з порушенням уродинаміки зліва, хронічний пієлонефрит, латентний перебіг, нефрогенна ппертонія. При надходженні виказує скарги на біль у поперековій ділянці, більше виражений зліва, періодичний головний біль, підвищення артеріального тиску до 150/100 мм рт.ст. У 1991р оперований з приводу простої кисти правої нирки великих розмірів. Поприщення загального стану відмічає впродовж останнього року. При ультрасонографії у середньому сегменті лівої нирки виявлені два підрозрізних утворення з чіткими контурами, округлої форми, розташовані одне субкапсулярно, діаметром 7 см, друге - інтрапаренхіматозно, діаметром 6 см, розділених тонким простінком без наявності паренхіми. У середньому сегменті правої нирки виявлене підрозрізне утворення з чіткими контурами, округлої форми діаметром до 5,5 см. За даними екскреторної пієлографії має місце деформація ниркової миски зліва з порушенням відтоку сечі із чашечок. В аналізах сечі лейкоцити на 1/4 поля зору. 24.01.2001р хворому виконана операція екстрауретеральна ендоскопічна марсупіалізація інтрапаренхіматозної кист лівої нирки за-

пропонованим способом. Встановлений під час операції у порожнину кист катетер Foley 18F видалений на 3 добу, замість якого встановлений гумовий дренаж, видалений на 5 добу, після припинення виділення рідини. Хворий вписаний із стаціонару на 6 добу після операції у задовільному стані. При контрольному УЗ дослідженні перед випискою на місці кист відмічаються неправильно форми овалні залишкові порожнини розмірами 2 см та 2,5 см. При контрольному обстеженні через 1, 3 та 6 місяців за даними ультрасонографії рецидивів кістозних утворень нирок не виявлено.

Приклад 2. Історія хвороби №4161. Хворий П., 45 років, знаходився на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з 10.03.2002р по 1.04.2002р з діагнозом: полікістоз нирок, хронічний пієлонефрит, латентний перебіг, нефрогенна ппертонія, ХНН III ст. При надходженні виказує скарги на постійний тупий біль у поперековій ділянці з обох сторін, який посилюється після фізичного навантаження. Хворіє впродовж 6 років знаходиться під динамічним спостереженням з приводу полікістозу нирок. Двічі на рік проходить курси лікування в умовах урологічного стаціонару, з проведенням перкутанних ігніпунктур кист нирок. При надходженні, за даними ультрасонографії в обох нирках візуалізуються множинні кисти діаметром до 3 см. Крім того, у нижньому сегменті правої нирки виявлені дві поруч розташовані кисти діаметром 12 та 8 см, остання інтрапаренхіматозна, розділена тонким простінком, без наявності паренхіми. У нижньому сегменті лівої нирки візуалізуються дві кисти діаметром 14 та 10 см, розділені тонким простінком. 14.03.2002р хворому виконані операції екстрауретеральна ендоскопічна марсупіалізація кист нирок великих розмірів з обох сторін запропонованим способом. Встановлені під час операції у порожнину кист катетери Foley 18F видалені на 5-7 добу, замість яких встановлені гумові дренажі, видалені на 8-10 добу, після припинення виділення рідини. Хворий вписаний із стаціонару у задовільному стані. При контрольному обстеженні через 1, 3 та 6 місяців за даними ультрасонографії у нижніх сегментах обох нирок відмічаються неправильно форми овалні залишкові порожнини розмірами до 3 см.

Запропонований спосіб хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кист нирок впроваджений в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні у 2 хворих при множинних простих кістах та полікістозі нирок. Ефективність операції оцінювалась по наявності клінічних проявів, даних ультразвукового (УЗ) моніторингу в ранньому післяопераційному періоді, через 1, 3 та 6 місяців після операції.

Аналіз результатів лікування показав, що застосування запропонованого способу хірургічного лікування інтрапаренхіматозних кист нирок дозволяє уникнути інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, скоротити термін перебування у стаціонарі, підвищити ступінь ефективності лікування хворих.