

УДК 617-089

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_2_51

ПРЕИМУЩЕСТВА РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Ю. С. Лобанов², кандидат медицинских наук,
М. В. Сутурин¹,
О. А. Ушакова¹,
С. Л. Лобанов², доктор медицинских наук,
А. В. Ефимов³,
Г. И. Вильский³

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», 672010, Россия, г. Чита, ул. Ленина, д. 8

² ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, д. 39а

³ ГУЗ «Краевая клиническая больница», 672038, Россия, г. Чита, ул. Коханского, д. 7.

Ключевые слова: забрюшинное пространство, ретроперитонеоскопия, лапароскопия, болевой синдром.

* Ответственный за переписку (corresponding author): yurilobanov@mail.ru

Ретроперитонеальный доступ при операциях на забрюшинном пространстве в последние десятилетия получил широкое распространение. К преимуществам данного метода относится снижение травматичности вмешательств, что позволяет в последующем избежать ряда осложнений, в частности, спаечной болезни, травм петель кишечника, образования гематом и т. д. Вместе с тем основными проблемами при указанном доступе является малое рабочее пространство, а также отсутствие узнаваемой анатомической картины.

Значительный шаг в развитии данного направления был сделан в результате внедрения методики ретропневмоперитонеума, что позволило создавать более адекватное для хирургических манипуляций пространство в забрюшинной клетчатке. Несмотря на заметные достижения в оперативной технике с ретроперитонеальным доступом, его применение остается ограниченным. Как преимущества, так и недостатки метода исследованы недостаточно.

Цель работы – изучить характер и динамику болевого синдрома после ретроперитонеального и лапароскопического доступа при хирургическом лечении кист почек.

Перспективно изучены 82 случая хирургического лечения кист почек в ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы в 2017–2019 гг. Среди пациентов было 55 женщин и 27 мужчин, возраст – от 28 до 64 лет. Критериями невключения в исследование были тяжелые сопутствующие заболевания.

Выделены две группы обследованных: первая – 39 больных, которым операция выполнялась с помощью лапароскопической технологии, трансперитонеальным доступом, вторая – 43 пациента,

оперированных ретроперитонеальным доступом. Группы не отличались по возрастно-половым характеристикам и индексу массы тела. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом.

Лапароскопическая операция проводилась по стандартной методике с наложением пневмоперитонеума 12–14 мм рт. ст. Выполнялась диссекция париетальной брюшины и мобилизация ободочной кишки в необходимых пределах. После иссечения кисты устанавливался дренаж на один-трие суток.

При ретроперитонеальном доступе делали разрез брюшной стенки латеральной *m. erectorspinae* на 2–4 см выше гребня подвздошной кости в области треугольника Грюнфельда – Лесгафта. Тупым способом формировали тоннель между почечной и поперечной фасцией, затем с помощью баллона-диссектора создавали пространство в забрюшинной клетчатке объемом до 1 литра. После извлечения баллона под контролем лапароскопа, через отдельные проколы вводили дополнительные порты и необходимые инструменты. Мобилизацию и иссечение кист проводили с коагуляторов *Inseal* или аналогов.

В среднем время, затраченное на проведение лапароскопической операции, составило $72 \pm 9,1$ мин, при ретроперитонеальном доступе – $58 \pm 7,7$ мин, т. е. примерно на 24 % меньше. Уменьшение продолжительности оперативного вмешательства с использованием ретроперитонеального доступа достигается за счет наиболее оптимального доступа к почке. Большая длительность при лапароскопическом доступе объясняется необходимостью достаточно трудоемкой мобилизации толстой кишки и более сложным созданием подхода к зоне хирургических манипуляций на почке.

По срокам лечения в стационаре достоверного различия между сравниваемыми группами не выявлено (в 1-й группе – $5,8 \pm 6,9$ суток, во 2-й – $5,3 \pm 11,3$ суток, $p > 0,05$).

Интенсивность болей у пациентов после операции приведена в *таблице*.

У пациентов 1-й группы через три часа после вмешательства отмечался умеренно выраженный болевой синдром, что можно объяснить большей травматизацией тканей, связанной с диссекцией брюшины на значительном протяжении. При этом возникает повреждение как парасимпатических, так и симпатических нервных волокон, что приводит к более интенсивной патологической импульсации. Наряду с этим явления дискомфорта вызывает остаточный газ в брюшной полости после наложения пневмоперитонеума. Во 2-й группе непосредственно после операции пациенты отмечали незначительные болевые ощущения. Вместе с тем через трое суток после вме-

шательства интенсивность болей снижалась и достоверно не различалась в исследуемых группах.

Продолжительность введения анальгетиков при лапароскопическом доступе составила $2,6 \pm 0,4$ сут, при ретроперитонеоскопическом – $1,8 \pm 0,7$ сут.

При использовании лапароскопического доступа потребность в анальгетиках увеличивается, что, возможно, связано с большей травматизацией тканей, необходимостью широкой мобилизации ободочной кишки для доступа к почке. Ретроперитонеальный доступ не сопровождается повреждением брюшины, в связи с чем требуется менее длительный период обезболивания после операции.

Таким образом, ретроперитонеальный доступ при наличии ряда технических преимуществ позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, снизить болевой синдром и необходимость приема анальгетиков в послеоперационном периоде.

Таблица. Интенсивность болей и продолжительность введения анальгетиков в послеоперационном периоде

Группы пациентов	M ± m		
	ВАШ (баллы)		Продолжительность введения анальгетиков, сут
	через три часа	через трое суток	
1-я	$4,2 \pm 0,5$	$1,4 \pm 0,6$	$2,6 \pm 0,4$
2-я	$2,3 \pm 0,4^*$	$1,1 \pm 0,4$	$1,8 \pm 0,7^*$

Примечание. * – статистическая значимость различий с аналогичным показателем 1-й группы, $p < 0,05$.

ADVANTAGES OF RETROPERITONEAL APPROACH IN SURGICAL TREATMENT FOR RENAL CYSTS

Yu. S. Lobanov, M. V. Suturin, O. A. Ushakova, S. L. Lobanov, A. V. Efimov, G. I. Vilsky

Key words: retroperitoneal space, retroperitoneoscopy, laparoscopy, painful syndrome.