ISSN 1561-6274. Нефрология. 2005. Том 9. №1.

© С.Х.Аль-Шукри, А.В.Антонов, Ю.А.Радомский, Е.Ю.Ишутин, 2005
УДК 616.613-006.2-08

С.Х. Аль-Шукри, А.В. Антонов, Ю.А. Радомский, Е.Ю. Ишутин

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

S.Kh.Al-Shukri, A.V.Antonov, Yu.A.Radomsky, E.Yu.Ishutin

ON A DECISION FOR THE METHOD OF TREATMENT OF KIDNEY CYSTS

Кафедра урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Россия

РЕФЕРАТ
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – определить возможности и место различных малоинвазивных методов лечения жидкостных образований забрюшинного пространства. *ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.* Выполнен статистический анализ результатов лечения 241 пациента с кистами почек, среди них пункции кист со склеротерапией – 158, эндовидеохирургические операции – 64; сравнение проводилось и с результатами 19 открытых операций. *РЕЗУЛЬТАТЫ.* Пункционное лечение кист выгодно отличается от операции по параметрам инвазивности, однако в связи с нерадикальностью требует повторных манипуляций в первый месяц в 9,5% случаев и в течение первого года в 29,7%. Кроме того, кисты рецидивируют после пункционного лечения почти в 14% наблюдений, количество рецидивов кист возрастает с выявлением таких признаков, как утолщенная капсула, многокамерность, неоднородность содержимого и т.д. Эндовидеохирургические операции (ЭВХ) приближаются по длительности к традиционным, но их преимуществами являются отсутствие кровопотери, легкое течение послеоперационного периода и кратчайшие сроки выздоровления. Практически отсутствуют рецидивы и необходимость в повторных манипуляциях. *ЗАКЛЮЧЕНИЕ.* Пункция кисты со склеротерапией применима как метод выбора при простых однокамерных кистах почки диаметром до 6 см, с четкими ровными контурами, тонкими стенками и однородной внутренней структурой, если пункционный канал проходит экстраренально и экстраперитонеально. Эндовидеохирургическая операция применима при любом кистозном образовании почки, если показано оперативное лечение. Традиционная открытая операция может быть применена только в том случае, если пункция и ЭВХ операция противопоказана или недоступна.

Ключевые слова: эндовидеохирургия, пункция кист почек, склеротерапия.

ABSTRACT
THE AIM of the investigation was to determine the possibilities and place of different minimally invasive methods of treatment of liquid formations in the retroperitoneal space. *PATIENTS AND METHODS.* A statistical analysis of results of treatment of 241 patients with cysts of the kidneys was carried out. Among them there were 158 patients with sclerotherapy, 64 - with endovideosurgical operations. A comparison was made with the results of 19 open operations. *RESULTS.* Puncture treatment of the cysts was favorably different from the operations by the invasion parameters, but due to their being not radical repeated manipulations are necessary during the first month in 9.5% of cases and during the first year in 29.7%. In addition, relapsing cysts after puncture treatment can appear almost in 14% of cases, the number of recurrent cysts increases if there appear such signs as enlarged capsule, multy chambered, heterogeneity of the contents etc. The duration of endovideosurgical operations (EVS) is close to that of traditional ones, but their advantage is the lack of blood loss, good postoperative period and shortest time for recovery. Practically there are no relapses and repeated manipulations are not necessary. *CONCLUSION*. Puncture of the cyst with sclerotherapy is good as a method of choice for simple one-chamber cysts of the kidney with the diameter not more than 6 cm, with clear smooth contours, thin walls and homogeneous internal structure, if the puncture channel goes extrarenally or extraperitoneally. The endovideosurgical operation can be used for any cystic formation of the kidney if there are indications for operative treatment. Traditional open operation can be used but when puncture and EVS operation are either contraindicated or impossible.

Key words: endovideosurgery, puncture of kidney cysts with sclerotherapy.

ВВЕДЕНИЕ

Жидкостные образования забрюшинного пространства в «доультразвуковую» и «доэндовидеохирургическую» эру лечились открытым способом, однако эта методика представляет сейчас скорее исторический, нежели практический интерес ввиду несоответствия современным требованиям [1], и в настоящее время в нашей клинике используются только в том случае, если альтернативные малоинвазивные методы противопоказаны или недоступны.

Пункционный метод лечения кист почек минимально инвазивен и прост в исполнении, не требует дорогостоящего оборудования и длительного обучения специалистов. Он достаточно эффективен, может быть выполнен амбулаторно, в том числе и повторно. Необходимость в повторных пункциях хотя и является недостатком, однако вследствие минимальной инвазивности вполне допустима и оправдана [2].

Еще одно ограничение для пункции кисты – ее локализация. При выполнении пункции возможно повреждение сосудов, полостной системы почки, расположенных рядом органов, поэтому пункционный канал должен проходить экстраренально и экстраперитонеально. Не при всяком расположении кисты это возможно, в некоторых ситуациях (па-

Таблица 1

Распределение больных с кистозными образованиями забрюшинного пространства по полу, возрасту и виду вмешательства

Вид оперативного пособия		До 30		30-40		40-50		50-60		Более 60		Итого
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Пункция	справа	-	1	-	3	6	6	9	12	21	24	82
	слева	1	-	1	2	4	10	7	10	18	23	76
ЭВХ операция	справа	1	2	1	-	3	2	5	7	6	8	35
	слева	-	1	3	2	4	3	5	3	3	5	29
Открытая операция	справа	-	2	-	-	-	3	1	-	1	2	9
	слева	2	-	2	-	2	-	1	2	-	1	10
Итого		4	6	7	7	19	24	28	33	49	63	241

Таблица 2

Результаты лечения кистозных образований почек (X±m)

Результаты	Вид лечебного пособия		
	Пункции n = 158	ЭВХ операции n = 64	Открытые операции n = 19
Ближайшие результаты лечения			
Длительность манипуляции (минуты)	17 ± 2,1	72 ± 5,7	58 ± 6,1
Длительность наркоза (минуты)	-	78 ± 5,2	65 ± 5,8
Кровопотеря (миллилитры)	-	-	138 ± 9,8
Длительность постельного режима	1 час	1 сутки	2,8 ± 1,3
Сроки дренирования раны (полости)	до 3 суток	1 сутки	до 3 суток
Осложнения раннего п/о периода	2	1	0
Послеоперационный койко-день	до 3 дней	1,7 ± 1,1	9,4 ± 1,6
Повторные вмешательства в 1-й месяц	15 (9,5%)	0	0
Отдаленные результаты лечения			
Период реабилитации (дни)	-	7 ± 2,1	62 ± 4,8
Повторные вмешательства в течение первого года	47 (29,7%)	1 (1,6%)	0
Рецидивы	22 (13,9%)	1	0
Осложнения	0	0	1

рапельвикальные кисты) пункционный метод неприменим.

При подозрении на онкопатологию пункция кистозного образования почки должна применяться только как диагностический этап – для получения содержимого с целью его цитологического исследования или выполнения кистографии.

Эндовидеохирургическая (ЭВХ) операция заведомо более травматична, чем пункция: травмируется больший объем тканей, необходим эндотрахеальный наркоз. Кроме того, ЭВХ лечение гораздо дороже и более трудоемко в организационном плане: необходима госпитализация, дорогостоящее оборудование, а сроки и финансовые затраты на подготовку специалистов, способных выполнить эндовидеохирургическую операцию, неизмеримо больше, чем на обучение пункционным методам и открытым операциям. ЭВХ методы лечения – это следующий, более совершенный уровень оказания медицинской помощи после открытых и пункционных вмешательств. Они по радикальности тождественны открытой хирургии, а по параметрам малоинвазивности приближаются к пункционным методам [3].

Преимущество ЭВХ метода лечения кистозных образований почек заключается в больших диагностических возможностях, позволяющих определить характер и генез кистозного образования, что наиболее полно реализуется при подозрении на онкопатологию. Кроме того, к ЭВХ операциям нет общепринятых противопоказаний, существующих для выполнения пункций и склеротерапии (сообщение полости кисты и лоханки, кровоизлияние в кисту, ее локализация и др.) – методика выполнения операции универсальна для жидкостных образований забрюшинного пространства любых качественных характеристик и локализации.

Во время операции по сравнению с пункцией значительно больше свободы маневра: при необходимости всегда есть возможность расширить объем оперативного вмешательства, ликвидировав сообщение кисты с полостной системой почки, выполнить резекцию почки и даже нефрэктомию при выявлении онкологии. Эндовидеохирургия также дает возможность эвакуировать сгустки крови из забрюшинного пространства при паранефральной гематоме травматического генеза, осуществить под контролем зрения адекватный гемостаз, что невозможно при применении пункционных методов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Выполнен статистический анализ результатов лечения пациентов с кистами почек, всего 241 человек. Анализу и статистической обработке подвергли различные методы лечения, среди которых пункции кист со склеротерапией – 158, эндовидеохирургические операции – 64; сравнение проводилось и с результатами 19 открытых операций. Подробно эти сведения представлены в табл. 1.

Из таблицы видно, что распределение больных с кистозными образованиями забрюшинного пространства в основном совпадает с данными литературы о распространенности этого заболевания [1].

Таблица 3

Результаты пункционного лечения кистозных образований почек

Характеристика кистозного образования		Излечение после одной пункции	Рецидивы	Повторные пункции	Необходимость в операции
В зависимости от размера кисты					
До 4 см	n = 13	11 (84,6%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)
От 4 до 6 см	n = 69	53 (76,8%)	8 (11,5%)	16 (23,2%)	1 (1,5%)
От 6 до 8 см	n = 67	45 (67,2%)	6 (8,9%)	22 (32,8%)	8 (11,9%)
Более 8 см	n = 9	-	6 (66,7%)	9 (100%)	2 (22,2%)
В зависимости от толщины стенки кисты					
До 1 мм	n = 117	97 (82,9%)	2 (1,7%)	20 (17,1%)	-
От 2 до 3 мм	n = 34	12 (35,2%)	13 (38,2%)	22 (64,7%)	8 (23,5%)
Более 3 мм	n= 7	-	7 (100%)	7 (100%)	5 (71,4%)
В зависимости от однородности содержимого					
Неоднородное содержимое	n = 18	11 (61,1%)	9 (50%)	7 (38,9%)	5 (27,8%)
Однородное содержимое	n = 140	99 (70,7%)	13 (9,2%)	41 (29,3%)	8 (5,8%)
В зависимости от других показателей					
Неровные/нечеткие контуры	n = 17	13 (76,5%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	3 (17,6%)
Многокамерность	n = 23	6 (26,1%)	9 (39,1%)	17 (73,9%)	4 (17,4%)

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения кистозных образований почек различными методами представлены в табл. 2.

Сроки дренирования полости кисты после ее пункции определяются размерами полости и количеством отделяемого.

Осложнением пункции кист были: кровотечение в полость кисты и повреждение чашечки. В обоих случаях манипуляция была прекращена, в плановом порядке обоим пациентам выполнены ЭВХ операции.

Осложнением ЭВХ операции явилось повреждение полостной системы почки при иссечении многокамерной парапельвикальной кисты и образование мочевого свища, который закрылся после стентирования почки.

Послеоперационный койко-день после пункции определялся сроками дренирования полости кисты (в случае необходимости) или наличием тяжелой соматической патологии. 47 больных, не требующих дренирования полости, пролечены амбулаторно.

Рецидивом кисты следует считать не остаточную полость небольших размеров и без тенденции к росту, а стойкое ее возвращение к прежним размерам и даже рост после нескольких повторных пункций с интервалом в несколько месяцев, поэтому количество рецидивов и необходимость повторных пункций – показатели разные. Так, при кистах размером более 5 см в основном приходилось прибегать к повторным процедурам, и это приводило к стойкому излечению.

Поскольку результаты пункционного лечения кистозных образоваинй почек имеют большой разброс, отдельно проведено сравнение этих результатов с акцентом на «качественные» показатели кистозных образований (табл. 3).

После ЭВХ операции отмечен один рецидив. При размерах кисты 5,3 см она располагалась интраренально и практически не выходила за контур почки. Через 8 месяцев после операции определялась полость 3,4 см. Поскольку к результатам ЭВХ операций предъявляются повышенные требования, это было расценено как рецидив и выполнена пункция кисты со склеротерапией.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследований показывают, что пункционное лечение кист выгодно отличается от операции по параметрам инвазивности, однако в связи с нерадикальностью требует повторных манипуляций в первый месяц в 9,5% случаев и в течение первого года в 29,7%. Кроме того, кисты рецидивируют после пункционного лечения почти в 14% наблюдений.

При анализе результатов пункционного лечения кист с различными качественными показателями (см. табл. 3) видно, что количество рецидивов кист возрастает с выявлением таких признаков, как утолщенная капсула, многокамерность, неоднородность содержимого и т.д.

ЭВХ операции приближаются по длительности к традиционным, но их преимуществами являются отсутствие кровопотери, легкое течение послеоперационного периода и кратчайшие сроки выздоровления. Практически отсутствуют рецидивы и необходимость в повторных манипуляциях.

Результаты открытых операций при лечении кистозных поражений почек резко отличаются от пункционных и ЭВХ методов лечения, поэтому они не могут рассматриваться как адекватный метод при лечении этой патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Пункция кисты со склеротерапией применима как метод выбора при простых однокамерных кистах почки диаметром до 6 см, с четкими ровными контурами, тонкими стенками и однородной внутренней структурой, если пукционный канал проходит экстраренально и экстраперитонеально.

2. Толстые стенки кисты, неоднородное содержимое, тканевые включения, многокамерность, кровоизлияние в кисту, сообщение с полостной системой почки должны рассматриваться как относительные, а при их сочетании как абсолютные противопоказания к лечебной пункции кисты со склеротерапией.

3. ЭВХ операция применима при любом кистозном образовании почки, если показано оперативное лечение.

4. Традиционная открытая операция может быть применена только в том случае, если пункция и ЭВХ операция противопоказана или недоступна.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лопаткин НА, Мазо ЕБ. *Простая киста почки*. М.Медицина 1982; 97-98

2. Теодорович ОВ. *Диапевтика в урологии.* ИПО «Полигран», Москва,1993; 158-161

3. Антонов АВ, Кащенко ВА. *Эндовидеохирургические операции в урологии.* В: Борисов АЕ, ред. *Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства.* СПб Предприятие ЭФА, СПб, 2002; 384-385

Поступила в редакцию 14.12.2004 г.