

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

В.Г. Аристархов, А.А. Черенков, Д.В. Лобанов

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
МУЗ ГКБ №11 г. Рязань

В статье анализируется опыт лечения 248 больных с кистами почек рассмотрены отдалённые результаты лечения.

Простые кисты являются наиболее частым видом кистозного поражения почек и составляют около 3% урологических заболеваний [1]. В 70% случаев простые кисты бессимптомны и не требуют лечения [2], но иногда могут сопровождаться болями характерной локализации, нарушением уродинамики в верхних мочевых путях, артериальной гипертензией, поддерживать течение хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности [3, 4].

Целью данной работы являются обобщение опыта урологической клиники в лечении симптоматических солитарных кист почек, оценка эффективности различных методов лечения солитарных жидкостных образований почек.

Материалы и методы

Представлена клиническая оценка лечения больных кистами почек, всего 248 человек. В статистическую обработку включены результаты различных методов лечения: пункции кист со склеротерапией – 138 чел., лапароскопические операции – 73 чел.. В группу сравнения вошли 16 открытых операций, и операции выполненные с применением минидоступа – 21 чел.. Среди пациентов было 150 женщин и 98 мужчин, возраст больных варьировал от 29 до 72 лет. В 133 случаях солитарные кисты локализовались в правой почке, в левой в 115 случаях, двусторонние кисты были в 24 случаях.

Полученные статистические данные о распространённости солитарных кист в основном совпадают с данными литературы [1,5,6]. Дискутабельным остаётся вопрос о методе хирургического лечения простой кисты почки.

Результаты и их обсуждение

Результаты лечения кистозных образований почек различными методами представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные характеристики операций и п/о периода

Основные оценочные критерии	Способ лечения			
	Пункции (138)	ЛС операции (73)	Минидоступ (16)	Открытая операция (21)
Длительность манипуляции (минуты)	19±2	53±6,1	72±5,5	61±5,7

Длительность наркоза (минуты)	-	58±5,5	80±5,3	74±5,4
Кровопотеря (миллилитров)	-	20±1	100±7	140±10
Длительность постельного режима	1 ч.	1 сут.	1,5±0,5 сут.	2,6±1,3
Сроки дренирования раны (полости)	до 3-х сут.	1 сут.	2 сут.	до 3-х сут.
Осложнения раннего п/о периода	3	1	0	0
П/о койка-день	7	8	12	14
Повторные вмешательства в 1-й месяц	15 (10,9%)	-	-	-
Период реабилитации (дни)	-	14	31	60
Повторные вмешательства в течение первого года	49 (35%)	1 (1,3%)	-	-
Рецидивы	39 (28%)	1 (1,3%)	-	-
Осложнения	3	-	-	-

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

Осложнения пункции кист наблюдались у трёх больных: кровотечение в полость кисты (2 случ.) и повреждение чашечки. В этих случаях манипуляция была прекращена, в плановом порядке этим пациентам выполнены лапароскопические операции.

Осложнением Л/С операции явилось повреждение полостной системы почки, у одной больной, при иссечении многокамерной парапельвикальной кисты и образование мочевого поясничного свища, который закрылся после стентирования почки.

Рецидивом кисты следует считать не остаточную полость небольших размеров не имеющую тенденцию к увеличению, а стойкое возвращение кистозного образования к прежним размерам или его рост после нескольких повторных пункций с интервалом в несколько месяцев. В связи с этим количество рецидивов и число повторных пункций - показатели разные. Так, при кистах размером более 5 см чаще приходилось прибегать к повторным вмешательствам, чтобы добиться стойкого излечения [5,6].

Поскольку результаты пункционного лечения кистозных образований почек весьма неоднозначны, мы провели сравнение этих результатов, с акцентом на «качественные» клинические отличия кист по категориям – размер, толщина стенки, содержимое кист (табл. 2).

После Л/С операции отмечен рецидив лишь в одном наблюдении. Мы это связываем с началом освоения данной методики.

Результаты исследований показывают, что пункционное лечение кист выгодно отличается от операции по степени инвазивности, проводится без наркоза. Вместе с тем нерадикальность пункционной техники требует повторных манипуляций в первый месяц в 10,8% случаев, а в течение первого года

у 35% больных. Кроме того, кисты рецидивируют после пункционного лечения почти в 28% наблюдений.

При дифференцированном подходе к анализу результатов пункционного лечения кист (см. табл. 2) видно, что количество рецидивов кист возрастает с выявлением таких признаков, как утолщенная капсула, многокамерность, неоднородность содержимого.

Таблица 2

Результаты пункционного лечения кист

Характеристика кистозного образования	Излечение после одной пункции	Повторные пункции	Рецидивы	Необходимость в операции
<i>В зависимости от размера кисты</i>				
До 6 см (71 больной)	49 (69%)	17 (23%)	14 (19%)	12 (16%)
Более 6 см (67 больных)	31 (46%)	24 (35%)	21 (31%)	19 (28%)
<i>В зависимости от толщины стенки кисты</i>				
До 1,5 мм. (109 больных)	82 (75%)	21 (19,2%)	17 (15,5%)	15 (13,8%)
Свыше 1,5 мм. (29 больных)	-	29 (100%)	29 (100%)	25 (86%)
<i>В зависимости от однородности содержимого</i>				
Однородное содержимое (115 больных)	90 (78%)	22 (19%)	19 (6%)	11 (9,5%)
Неоднородное содержимое (23 больных)	8 (34%)	17 (73%)	16 (69%)	15 (65%)
Многокамерность (21 больной)	3 (14,2%)	17 (80%)	15 (71%)	15 (71%)

Операция из минидоступа по эффективности приближаются к лапароскопическому методу лечения. В числе недостатков этой хирургической техники можно отметить трудность доступа при некоторых локализациях кист, более длительный послеоперационный период и период реабилитации, наличие умеренной кровопотери в отличие от лапароскопического вмешательства.

Л/С операции приближаются по длительности к традиционным. Особыми преимуществами этих вмешательств являются отсутствие кровопотери, неосложнённое течение послеоперационного периода и кратчайшие сроки выздоровления. Рецидивы кист в изученной группе больных практически не отмечены.

Результаты открытых операций в лечении солитарной кисты почки в значительной степени отличаются от малоинвазивных и Л/С методов лечения, поэтому данная хирургическая техника не должна рассматриваться как адекватный метод.

Выводы

1. Пункция кисты со склеротерапией может применяться при лечении простых кист почки диаметром до 6 см, имеющими четкие, ровные контуры, тонкие стенки и однородную внутреннюю структуру. Дополнительным условием является

направление пункционного канала, который должен проходить внепочечно и внебрюшинно.

2. Толстые стенки кисты, неоднородное её содержимое, тканевые включения, признаки многокамерности, предположение о кровоизлиянии в кисту, должны рассматриваться как относительные противопоказания, а при их сочетании, как абсолютные противопоказания к лечебной пункции кисты со склеротерапией.

3. Л/С операция применима при симптоматических кистах почки любой локализации и разных морфологических характеристиках.

4. Операция из минидоступа может быть выполнена при симптоматических кистах почки доступной локализации, когда отсутствуют технические возможности выполнить Л/С операцию, или когда есть противопоказания для наложения лапароцентеза, при нагноении кисты.

5. Традиционная открытая операция может быть применена только в том случае, если пункция, люмботомия из минидоступа и Л/С операция противопоказаны или недоступны.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б. Простая киста почки. / Лопаткин Н. А. // — М., 1982.
2. StegA. /I Ibid. - 1975. - Vol. 81, N 9.
3. Джавад-заде М. Д., Шимкус Э. М. Хирургия аномалий почек. /Джавад-заде М. Д. // - Баку, 1977.
4. Пытель А. Я., Пугачев А. Г. Очерки по детской урологии. / Пытель А. Я. // — М, 1977.
5. К вопросу о выборе метода лечения кист почек / С.Х. Аль-шукри [и др.] // Нефрология.- №1- 2005 – С.75-77.
6. Выбор метода лечения кистозных образований почек / Ю.М. Захматов [и др.] //РМЖ. -№2.- 2005 – С. 20-23

ON A DECISION FOR THE METOD OF TREATMENT OF KIDNEY CYSTS

V.G. Aristarhov, A.A. Cherenkov, D.V. Lobanov

Analyzed in the is an experience of treatment of 248 patients with renal cysts. Remote treatment results are discussed.