

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.61-006.2-089

А. В. Антонов, Е. Ю. Ишутин, Р. Н. Гулиев

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО АЛГОРИТМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (главврач — проф. О. В. Емельянов)

Ключевые слова: киста почки, эндовидеохирургические операции, УЗИ почек

Введение. По данным Н. А. Лопаткина [2], у 3% взрослых урологических больных имеются кистозные изменения в почках, а на вскрытии, по данным разных авторов, они выявляются у 5,8–50% людей старше 50 лет [3].

Постоянное развитие имеющихся и появление новых медицинских технологий диктует необходимость периодического пересмотра подходов к диагностике и лечению многих урологических заболеваний, в том числе кист почек. Периодически такие работы появляются и имеют большое значение в решении проблемы диагностики и лечения кист почек [1, 3]. Схема применения лучевых методов диагностики и их сочетания обновляется, однако остается не ясным вопрос целесообразности применения открытых и эндовидеохирургических (ЭВХ) операций, пункционного лечения кист почек.

Цель исследования — повысить эффективность диагностики и качество лечения кист почек путем разработки и внедрения нового лечебно-диагностического алгоритма, разработанного с учетом последних достижений медицинской науки и применения современных медицинских технологий.

Материал и методы. Проведен проспективный анализ историй болезни 270 пациентов, обратившихся в клинику урологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и урологическое отделение Мариинской больницы за период с 2004 по 2010 г.

Возраст пациентов варьировал от 20 до 89 лет, в среднем составлял $(54,1 \pm 1,7)$ года. Мужчин было 134, женщин — 136. Односторонние кистозные изменения в почках были у 161 больного, билатеральные — у 109.

Клинические наблюдения, вошедшие в исследование, распределены на 3 группы. 1-ю группу составили 37 больных, у которых кисты выявлены случайно при УЗИ, были бессимптомными, размером не более 4 см. Этим пациентам не проводили оперативные вмешательства и пункции кист в связи с отсутствием показаний. В течение всего периода

исследования они находились под динамическим наблюдением. В этой группе было 19 женщин и 18 мужчин.

Во 2-ю группу вошли 169 больных, которым делали лечебные пункции кист почек. У 162 (95,8%) пациентов выполнена лечебная пункция со склеротерапией, из них у 109 (67,3%) — излечение наступило после первой пункции, у 20 (12,3%) — пункции выполняли повторно, у 22 (13,6%) — трижды, рецидивы возникли у 11 (6,8%) больных. Всего было выполнено 226 пункций со склеротерапией. Кроме перечисленных пациентов, в эту группу вошли 7 больных, которым пункции выполняли исключительно с диагностической целью для исследования содержимого пунктата. У этих больных кисты почек располагались в непосредственной близости от соседних паренхиматозных органов, что затрудняло диагностику. По данным лучевых исследований, не удавалось определить органопринадлежность кисты. Клиническая картина у них была смазана, поскольку присоединялись симптомы поражения соседних органов. Пунктат кисты исследовали на наличие мочевины, креатинина, эритропоетина, амилазы, билирубина. В зависимости от наличия этих показателей определяли дальнейшую тактику лечения.

3-ю группу составили 64 пациента с кистозными поражениями почек, которым выполнены эндовидеохирургические операции. Из них 34 (53,1%) больным проведены ЭВХ-вмешательства по поводу простых неосложненных кист почек, 30 (46,9%) — по поводу осложненных кист почек или симультанно с хирургическим лечением сопутствующей урологической патологии.

Обследование больных начиналось с УЗИ, затем по показаниям применяли компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и реносцинтиграфию, на любом из этапов диагностики после получения достаточной информации переходили к пункционному или ЭВХ-лечению.

Открытые операции по поводу кист почек, как первого этапа оперативного лечения, нами не применялись. Только при невозможности провести полноценное оперативное ЭВХ-пособие показаны конверсия доступа и выполнение операции традиционным способом. Всегда при кистах почек начинать операцию следует эндовидеохирургически, и в подавляющем большинстве наблюдений этот метод позволяет выполнить полноценное оперативное лечение кисты в полном объеме, но с минимальной операционной травмой по сравнению с открытой операцией.

Результаты и обсуждение. В результате анализа историй болезни пациентов с

различными жидкостными образованиями забрюшинного пространства разработан алгоритм клинико-лучевого обследования и лечения больных с кистами почек.

1. При выявлении по УЗИ жидкостного образования, расположенного внутри почки или рядом с ней, не сообщающегося с полостной системой, размером менее 4 см, без включений, с невидимой по УЗИ капсулой, без клинических и лабораторных проявлений (у практически здорового человека), дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия не показаны. Необходимо наблюдение пациента, которое заключается в выполнении контрольного УЗИ 1 раз в 6 мес. Если описанная выше простая киста почки увеличивается или у больного имеются жалобы на боль, гематурию, повышение артериального давления, пальпируемую опухоль, — показано лечение кисты.

2. При наличии всех следующих признаков кисты: размер до 6 см, капсула при УЗИ не видна, однородное содержимое, однокамерная, включений нет, локализация кисты такова, что предполагаемый пункционный канал проходит не трансренально и не трансабдоминально и киста не парапельвикальная — показана пункция кисты со склеротерапией. Если при пункции кистозная жидкость окрашена кровью — склеротерапия противопоказана, больной подлежит оперативному лечению.

3. Если у жидкостного образования размером более 5 см выявлен хотя бы один из следующих признаков: толщина капсулы более 1 мм (видна при УЗИ), неоднородное содержимое, многокамерная, рецидивная, локализация кисты такова, что предполагаемый пункционный канал проходит трансренально или трансабдоминально или киста парапельвикальная, — показана ЭВХ-операция (иссечение кисты, резекция почки или нефрэктомия в зависимости от характеристик кисты и функции почки).

4. Если выявленное по УЗИ жидкостное образование сопровождается клиникой острого гнойного воспаления (паранефрит, абсцесс или карбункул почки) — показано пункционное дренирование полости под контролем УЗИ или ЭВХ-операция в зависимости от состояния больного, размеров, локализации и количества полостей.

5. Если у жидкостного образования размером более 5 см и выявлен хотя бы один из следующих признаков: неоднородное содержимое, тканевые включения, неровный и(или) нечеткий контур, многокамерная, точно не установлена органопринадлежность — больному необходимо выполнить

КТ с контрастированием. По результатам этого исследования в подавляющем большинстве случаев появится возможность принять решение о проведении дальнейших диагностических или лечебных мероприятий.

6. В том случае, если при УЗИ, кроме кисты, выявлено расширение полостной системы почки, конкремент или другая сопутствующая кисте патология этой же или контралатеральной почки — показано выполнение экскреторной урографии или мультиспиральной компьютерной томографии с контрастным усилением, что предпочтительнее. Это необходимо сделать, чтобы, во-первых, выявить сопутствующую патологию, которую можно корректировать одновременно с хирургическим лечением кисты и, во-вторых, выяснить, не является ли выявленная киста причиной вторичных изменений почки. Во втором случае иссечение кисты может привести к нормализации уро- и гемодинамики и восстановлению нормальной работы почки.

7. Если в результате проведенной КТ или МРТ установлена внепочечная органопринадлежность жидкостного образования — больной передается для дальнейшего лечения хирургу.

8. Если в результате проведенной КТ или МРТ органопринадлежность жидкостного образования не установлена — показана диагностическая пункция с биохимическим исследованием содержимого жидкостного образования. Это позволит дифференцировать органопринадлежность жидкостного образования: по наличию в пунктате мочевины, креатинина и эритропоэтина — кисту почки, при обнаружении билирубина — печени или псевдокисту поджелудочной железы при наличии амилазы. Последнее обстоятельство очень важно, так как при псевдокистах поджелудочной железы операция принципиально отличается от операций при кистах другой органопринадлежности, попадание содержимого такой кисты в окружающие ткани крайне опасно из-за риска их ферментативного расплавления. Если в результате пункции доказана внепочечная органопринадлежность жидкостного образования, больной передается для дальнейшего лечения хирургу.

9. Если в результате пункции не удалось установить органопринадлежность кисты, что возможно при кистах надпочечников, брыжейки и селезенки, показана диагностическая лапароскопия или люмбоскопия, в зависимости от локализации образования. Эта операция после установления точного диагноза сразу переходит в лечебный этап.

10. После проведения КТ или МРТ при оставшихся сомнениях в наличии онкопатологии,

органопринадлежности образования последним этапом диагностики является диагностическая лапароскопия или лямбоскопия, которые после установления окончательного диагноза переходят в лечебный этап вмешательства.

11. При выявлении кист, расположенных в области ворот почки, наличии сообщения кисты с полостной системой, мультилокулярной и множественных кистах показано выполнение ЭВХ-операции (иссечение кисты, резекция почки или нефрэктомия в зависимости от характеристик кисты и функции почки). В случае невозможности проведения ЭВХ-операции показаны конверсия доступа и выполнение операции традиционным способом.

12. При наличии кист почки и сопутствующей патологии этого же органа возможно выполнение сочетанной ЭХВ-операции для одновременной ликвидации кисты и лечения выявленной патологии. Такими заболеваниями могут быть камни

почки или мочеточника, нефроптоз, нарушение проходимости пиелоуретерального сегмента и др.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бурцев С. А. Выбор оперативного метода лечения кист почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2007. С. 23
2. Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б. Простая киста почки. М.: Медицина, 1982. С. 127.
3. Ярошенко В. П. Пути улучшения результатов оперативного лечения простых кист почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2010. С. 24.

Поступила в редакцию 18.06.2012 г.

A. V. Antonov, Ye. Yu. Ishutin, R. N. Guliev

DECISION ON THE RATIONAL ALGORITHM IN TREATMENT OF KIDNEY CYSTS

The article presents an algorithm of diagnostics and treatment of renal cysts and other liquid neoplasms of the retroperitoneal space on an analysis of 270 case histories. The algorithm takes into account the achievements of modern medical technologies developed in the recent years. The application of the proposed algorithm must elevate efficiency of the diagnosis and quality of treatment of patients with renal cysts.