

Журавлев В.Н., Баженов И.В., Бурцев С.А., Истокский К.Н.

Оптимизация методов лечения кист почек

Кафедра урологии ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, ГБУЗ СОКБ №1, г. Екатеринбург

Zhuravlev V.N., Bazhenov I.V., Burcev S.A., Istoksky K.N.

Optimization of treatment methods of kidneys cysts

Резюме

В настоящее время существует множество подходов в лечении кист почек. Нами было проведено сравнительное ретроспективное исследование результатов хирургического лечения кистозных заболеваний почек. Были рассмотрены такие основные проблемы: показания и противопоказания для чрескожной аспирационной пункции кист почек со склеротерапией, оценка эффективности минимально инвазивных хирургических методов лечения простых и сложных почечных кист. Для решения этой задачи, были проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 1755 пациентов с кистами почек, кроме того, был проведен сравнительный анализ 182 историй болезни пациентов, пролеченных с применением минимально-инвазивных методов, и историй болезни пациентов прооперированных по традиционной методике. Открытое малоинвазивное ретроперитонеоскопическое и лапароскопическое иссечение кист почек являются безопасной, высокоэффективной и минимально травматичной альтернативой традиционной хирургии при симптоматических почечных кистах.

Ключевые слова: киста почки, оперативное лечение кист почек, малоинвазивные хирургические методы лечения почек, лапароскопия.

Summary

Today a lot of approaches exist in management of symptomatic renal cysts. Was held retrospective compared study about outcomes of surgical treatment of cystic renal disease. In the theme were submitted such main problem: indications and contraindications for percutaneous aspiration of cysts with sclerotherapy, evaluation of the efficacy of minimally invasive open retroperitoneoscopy for the treatment of simple and complicated renal cysts. For the decision of this tasks the results of examination and surgical treatment 1755 patients with renal cysts were analysed, moreover, prospectively recorded parameters for the 182 cases dealt with by primary minimally invasive techniques were compared with historical controls dealt with by conventionally surgery. Open retroperitoneoscopy and laparoscopy management for all kidney cysts is a safe, effective and minimally invasive alternative to traditionally surgery for symptomatic renal cysts.

Key words: renal cyst, surgical treatment of cystic renal disease, minimally invasive renal surgery, laparoscopy.

Введение

Кисты почек одно из наиболее распространенных урологических заболеваний, и с каждым годом количество выявляемых кист почек растет, что связано, в первую очередь, с бурным развитием и широким внедрением в клиническую практику лучевых методов диагностики, таких как, ультрасонография, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

При аутопсии кисты почек выявляются у каждого третьего пациента, в возрасте от 50 лет и старше (Т.Ф. Luscher et. al.). У 50% урологических больных при вскрытии обнаруживаются кисты почек (Bell F.T.). Наиболее часто встречаются солитарные кисты почек- 3-5% от всех вскрытий. Кроме этого существует большое количество других кистозных заболеваний почек, таких как парапельвикальные кисты, мультилокулярные, геморрагиче-

ские, кисты почечного синуса, посттравматические, паразитарные кисты, множественные кисты при диспластических заболеваниях почек, кистозные формы рака почки. Атипичные кисты обнаруживаются в 5-7% случаев диагностики всех объемных образований почек (Kramer L.A. 1998, Rankin S.C. 2000). Подозрение на рак в кисте почки является одним из моментов, ограничивающих применение малоинвазивных методов лечения. Он встречается от 0,3 до 1-3% и даже 4,4%-9,1% всех кист почек (Трапезникова М.Ф. 1997, Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. 1982, Alken С.Е., Sokeland J. 1983). В атипичных кистах рак встречается в 40-46,7% (Pfister С., Haroun M., Brisset J.M. 1993, Переверзев А.С. 2004). Дифференциальный диагноз кистозного рака почки всегда представляет серьезную проблему, поэтому ряд авторов в сомнительных случаях рекомендуют проводить широкую люмботомию.

Особого внимания заслуживают мультилокулярные кисты, которые представляют собой многокамерные жидкостные образования, иногда с плотными стенками, располагающиеся в одной из почек (одностороннее поражение), и не сообщающиеся с лоханкой (Hegve I.M., Chopin A.k., Bellot J. et all. 1990). Подобные кисты вызывают наибольшие трудности при постановке диагноза, так как их нельзя четко охарактеризовать с помощью современных методов медицинской визуализации, и часто только гистологическими методами возможно дифференцировать мультилокулярные кисты с кистозным вариантом светлоклеточной гипернефромы (Трапезникова М.Ф. 1997). Как правило в диагностике кистозных заболеваний почек используется не один или два инструментальных метода, а их совокупность. Для правильной верификации диагноза, поэтапно используется весь арсенал диагностических приемов, начиная с самых простых и заканчивая дорогостоящими, инвазивными методиками. Применение такой тактики позволяет уменьшить число диагностических ошибок и своевременно определить необходимый метод лечения.

На сегодняшний момент нет единого подхода в диагностике и лечении осложненных кист почек. Было предложено множество (более 20) различных классификаций кистозных поражений почек. Наиболее полной и точной мы считаем классификацию Ю.А.Пытеля (1975), которая разделяет кистозные заболевания почек на первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные). Осложненные почечные кисты чаще относятся ко второму типу. В последние годы, как в нашей стране так и за рубежом получила широкое распространение классификация Bosniak M.A., разработанная в 1986г., которая базируется на вероятности обнаружения в кисте злокачественного процесса. Эта классификация подразделяет кисты почек на четыре категории. К первой относится паренхиматозные, одиночные кисты, по своим сонографическим или рентгеномографическим характеристикам, удовлетворяющие критериям простой кисты почки. Ко второй – минимально осложненные кисты, с перегородками, незначительной кальцификацией стенок, инфицированные и кисты высокой плотности. К третьей – более осложненные кисты, с множеством перегородок, толстыми стенками, характерными для злокачественных поражений. Кисты этой группы требуют индивидуального подхода для решения вопроса о характере лечения. К четвертой категории – кисты с высокой кальцификацией, выраженным и неравномерным утолщением стенок, неоднородным содержимым, экзофитными разрастаниями в кисте. При этом кисты 3 и 4 категории рассматриваются, как требующие радикального хирургического лечения. Данная классификация представляет несомненный интерес для определения хирургической тактики лечения, так как многие классификации почечных поражений носят противоречивый характер.

Клиническая картина данного заболевания характеризуется различными симптомами. Наиболее часто встречаются: тупая боль в поясничной области-43,8%; чувство распирания в поясничной области-15,6%; пальпируемая

опухоль-29,7%; артериальная гипертензия-14,1%; макрогематурия-4,7%; температура-4,7% (Баженов И.В., 2003). Кисты могут вызывать нарушение уродинамики. Наиболее неблагоприятны в этом отношении центрально расположенные кисты и кисты нижнего сегмента (Holmberg G., 1992). Хотя часто артериальная гипертензия и почечные кисты являются просто совпадением, факт связи кист почек с первой сегодня ни у кого не вызывает сомнения. В литературе приводится много данных о снижении артериального давления и нормализации ренина плазмы после опорожнения кист (Гильязов А.Х.1989, Ибрагимов В. Ш.1989)

Имеются указания на тот факт, что хронический пиелонефрит при наличии кист почек диагностируется в 2-3 раза чаще. Многие авторы указывают на снижение функции почки, пораженной кистами. При поликистозе или губчатой почке почечная недостаточность со всеми ее последствиями является основным проявлением болезни. Существуют различные подходы к лечению кист почек. Некоторые авторы считают, что кисты не требуют лечения, если нет подозрений на наличие рака и киста не вызывает осложнений и не проявляется клинически (Dalton 1986). Другие авторы наоборот, утверждают, что кисты увеличиваются с возрастом и вызывают патологические симптомы. Н.А.Лопаткин и Е.Б.Мазо ещё в 1982 г. сформулировали показания для оперативного лечения кист почек: молодой и средний возраст больных, киста больших размеров, приводящая к прогрессирующей атрофии паренхимы почки, киста, вызывающая нарушение уродинамики, нагноение, кровоизлияние в полость кисты, разрыв кисты, наличие клинических проявлений (боль, гематурия, артериальная гипертензия), подозрение на малигнизацию кист. Таких же показаний придерживается большинство других авторов.

Методы лечения кист почек можно разделить на пункционные с аспирацией содержимого кисты и оперативные, которые подразделяются на открытую операцию и малоинвазивные хирургические методы, к которым относятся эндоскопическое иссечение кисты с использованием лапароскопии или ретроперитонеоскопии.

Материалы и методы

В клинике урологии Уральской государственной медицинской академии за период с 1995 по 2011 год, пролечено 1755 пациентов с кистами почек. Чрезкожная аспирационная пункция простых кист почек была нами применена у 1573(89,6%) больных. Аспирация содержимого кист с последующей склеротерапией была проведена у 1435(81,8%) больных, без склеротерапии у 135(7,7%), пункция кист с установкой дренажа у 18(1%) пациентов. Рецидивы простых кист после аспирационной пункции выявлены у 75 (4,8%) пациентов (исключая поликистоз почек). Для лечения осложненных кист почек в нашей клинике с 1995 года применяется метод малоинвазивного открытого ретроперитонеоскопического иссечения кист почек, с экспресс гистологическим исследованием, а с 2007 г. лапароскопическая кистэктомия. Всего с 1995 г. по 2011 г. было проведено 182(10,4%) операции. При-

чины, которые привели к выполнению малоинвазивных операций являются: диаметр кисты, превышающий 8-9 см, особенно при интрапаренхиматозном расположении - у 36 (20%) пациентов; рецидив кисты после 2-3 пункций - у 7 (3,8%) больных; паралельвикальные кисты почек с резким нарушением уродинамики - у 8 (4,3%); солитарные кисты почечного синуса более 100 см³ - у 21 (11,5%); мультилокулярные кисты почек - у 16 (8,8%); подозрение на рак в кисте (Bosniak III, IV) - у 31 (17%); «атипичные» кисты почек (Bosniak IIF)- у 27 (14,8%); посттравматические кисты почек - у 4 (2,2%); кисты, не позволяющие выполнить их пункцию атравматично - у 4 (2,2%); кисты забрюшинного пространства - у 13 (7%); поликистоз почек с нагноением кист - у 4 (2,2%); сочетание с другими урологическими заболеваниями, требующими хирургической коррекции, - у 11 (6%) пациентов. На основании проведенного многофакторного анализа пункционных методов лечения кист почек и оперативных методов коррекции данного заболевания, мы определили показания к проведению открытой малоинвазивной ретроперитонеоскопии:

1. Большой диаметр кист почек, 9 см и более
2. Рецидивные кисты почек
3. Паралельвикальные кисты почек, при нарушении уродинамики
4. Подозрение на наличие рака в кисте (Bosniak III-IV)
5. Посттравматические кисты почек
6. Кисты локализация, которых не позволяет выполнить аспирационную пункцию из-за опасности повреждения смежных органов или магистральных сосудов
7. Сочетание кист почек с другими заболеваниями почек, требующими хирургической коррекции

Основными противопоказаниями к выполнению малоинвазивных РПС операций на почке, по нашему мнению, являются: 1) наличие послеоперационных рубцов в области операционного доступа и предшествующих операций на почке; 2) общее тяжелое состояние, не позволяющее предпринять оперативное вмешательство; 3) нарушение свертывающей системы крови. Ожирение считаем относительным противопоказанием к выполнению данного вида операций.

При РПС иссечении кист почек использовалась стандартная хирургическая техника выполнения откры-

той ретроперитонеоскопии с межмышечным доступом, сохранением и перемещением сосудисто-нервных пучков с элементами микрохирургической техники. Для проведения оперативных вмешательств использовался набор ретроперитонеоскопических инструментов, разработанный коллективом клиники урологии УрГМА (патент № 2012245 РФ), при выполнении основного этапа операции применялись бинокулярные линзы с 4 кратным увеличением. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Доступ в забрюшинное пространство осуществлялся разрезом кожи длиной 3-4 см. После разведения мышц и формирования канала в ретроперитонеуме проводилось выделение кисты по всему диаметру, пункция содержимого с последующим цитологическим исследованием. Далее киста вскрывалась остроконечными ножницами по свободному краю и оценивалось содержимое, внутренняя поверхность, часть стенки кисты отправлялась на экстренное гистологическое исследование. По результатам проведенной кистоскопии, срочного гистологического исследования решался вопрос об объеме хирургического вмешательства. Лапароскопическая кистэктомия проводилась нами по общепринятой методике, с установкой 3-х портов (одного- 10 мм и двух- 5 мм), в положении больного на боку. Основными противопоказаниями к проведению лапароскопических операций являлись предшествующие операции на органах брюшной полости и наличие спаечной болезни. Кроме того, при расположении кист преимущественно по задней поверхности почки и кистах верхнего сегмента почек выставлялись показания к открытой ретроперитонеоскопии, так как для данной методики такие ограничения отсутствуют.

Результаты и обсуждение

Для определения оптимальной тактики лечения, доказательства преимуществ малоинвазивных методик лечения, был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 31 пациента прооперированного до 1995г., которым производилась традиционная широкая люмботомия при иссечении кист почек. Результаты приведены в таблице 1:

Из приведенных данных видно, что послеоперационных осложнений после малоинвазивных операций было меньше в 3 раза, послеоперационный койко-день сократился в 4 раза, обезболивающие препараты от-

Таблица 1. Сравнительные показатели у больных кистами почек после малоинвазивных операций и стандартных методик оперативного лечения

Показатель	РПС иссечение кисты (151 пациент)	Стандартная методика (31 пациент)	Лапароскопическая кистэктомия (31 пациент)
Среднее время операции (мин)	55± 8,6	62±15,3	73± 4,6
Послеоперационные осложнения	1 (1,09%)	3 (9,6 %)	0
Послеоперационный койко-день	2,4 ± 1,5	10,4 ± 3,1	2± 1,5
Сроки применения анальгетиков (дни)	2 ± 0,5	10	2
Сроки отхождения раневого отделяемого	2,2 ± 1,5	4,3 ± 1,5	2± 1,1

менялись на 3 день из-за отсутствия болевого синдрома у больных, а при традиционной методике они применялись до 10 дней, сроки раневого отделяемого были меньше в 2 раза при РПС операциях. Сократилось среднее время операции, при РПС кистэктомии – 55,8 мин, а при традиционном иссечении кист 62 мин. Сравнительные характеристики двух малоинвазивных методик оказались примерно одинаковыми. Более длительное время операции при лапароскопии объясняется необходимостью установки троакаров и созданием пневмоперитонеума. Необходимо отметить, что, несмотря на то, что экономический эффект данных методик нами не просчитывался, себестоимость открытой ретроперитонеоскопии в несколько раз ниже лапароскопической техники.

Выводы

Основным методом в лечении «простых» кист почек (Bosniak I-II) является аспирационная пункция кист со склеротерапией, но, в то же время, при лечении кист большого размера, кист почечного синуса, мультилокулярных, геморрагических и других осложненных кист почек (Bosniak IIF, III, IV) предпочтение следует отдать малоинвазивным хирургическим методам коррекции,

открытой ретроперитонеоскопии, либо лапароскопии. Малоинвазивные методы характеризуются высокой эффективностью, низким количеством осложнений, простотой освоения технологии. В сложных случаях, при «атипичных» кистах почек (3-4 типа по Bosniak), малоинвазивная открытая ретроперитонеоскопическая кистэктомия со срочным гистологическим исследованием стенок кисты может быть методом выбора, вследствие лучшего её соответствия принципам абластики, более простой технике выполнения и меньшему риску осложнений. ■

Журавлев В.Н. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург; *Баженов И.В.* – д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург; *Бурцев С.А.* – к.м.н., врач - уролог, урологическое отделение № 3 ГБУЗ СОКБ №1, г. Екатеринбург; *Истокский К.Н.* – к.м.н., врач - уролог, урологическое отделение № 3 ГБУЗ СОКБ №1, г. Екатеринбург; *Автор, ответственный за переписку - Бурцев Сергей Александрович.* ул. Волгоградская 185, 3 урологическое отделение, тел. 8 9068091895, e-mail: urology@okb1.ru.

Литература:

1. Стельмах К.Г. Гигантская солитарная киста правой почки. Клиническая хирургия. – 1964. – №6.
2. Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. М., Медицина. 1966.
3. Пытель А.Я. О кистозных образованиях почек и их классификации. Урология и нефрология. – 1975 – №1.
4. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки, М. 1982.
5. Трапезникова М.Ф., Бальтер С.А., Дутов В.В., Миронова Г.Т. Ультразвуковая томография в диагностике опухолей и кист. Материалы III Всесоюзного съезда урологов. - Минск, 1984.
6. Даренков А.В. Мазо Е.Б. Аномалии почек. Оперативная урология под ред. Н.А.Лопаткина. Медицина, 1986.
7. Трапезникова М.Ф., Уренков С.Б., Ба У.Р. Диагностика и лечение простых кист почек. М.1997.
8. Баженов И.В. Малоинвазивные открытые ретроперитонеоскопические операции при некоторых урологических заболеваниях почек. Дис. док. мед. наук. Москва, 2003.
9. Lüscher TF, Wanner C, Siegenthanler W, Vetter W. Simple renal cyst and hypertension: cause or coincidence? Clin Nephrol 1986
10. Renal hydatid cyst treatment: retroperitoneoscopic "closed cyst" pericystectomy. Ozden E, Bostanci Y, Mercimek MN, Yakupoglu YK, Yilmaz AF, Sarikaya S. Int J Urol. 2011
11. Retroperitoneal laparoendoscopic single-site surgery: preliminary experience in kidney and ureteral indications. Micali S, Isgrt G, De Stefani S, Pini G, Sighinolfi MC, Bianchi G.
12. Eur Urol. 2011