

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

*А.М. Фридберг<sup>1</sup>, Э.А. Светличный<sup>2</sup>*

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»<sup>1</sup>,  
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»<sup>2</sup>*

В 1861 году Thompson впервые выполнил чрескожную аспирационную пункцию кисты с лечебной целью [2]. Палеативность такого вмешательства и рецидивирование кисты, привело к тому, что 1875 г. М.Ф. Campbell выполнил нефрэктомия по поводу солитарной кисты почки [1]. Такой радикализм в решении проблем не удовлетворял и G. Kummel (1893) предложил и выполнил для этой цели резекцию почки [4]. С этого периода получают развитие «оперативные» методы лечения солитарных кист почек, такие, как: вскрытие кисты и удаление ее свободных стенок; энуклеация кисты; резекция почки [3]. В 1896 г. Вильгельм Конрад Рентген открыл X – лучи. Это позволило А. Dean (1939) сообщить о 150 пункциях кист почек, под рентгеноконтролем [1]. Наступила «эпоха» пункционного способа лечения солитарных кист почек. Ультразвуковое наведение для пункции кист почек стало применяться с 1972 года [5, 6, 8]. С бурным развитием ультразвуковых сканеров, пункционных датчиков аспирационная пункция кист становится амбулаторной манипуляцией [3]. В 80-е годы прошлого столетия совершенствование эндоскопов позволило перейти к эндоскопической хирургии кист почек (Eickenberg Н. 1984, Мартов А.Г. 1993), которая стала чаще всего применяться при солитарных кистах [7, 1]. Техническое развитие медицины, способствовало созданию большого ряда диагностических аппаратов (рентген-аппаратов с электронно-оптическими преобразователями, совершенные телевизионные эндоскопы, ультразвуковые сканеры). Использование этих изобретений для выполнения оперативных вмешательств позволило выделиться такой специальности, как **диапевтика** (оперативные вмешательства с использованием диагностической аппаратуры). Последняя стала предметом внедрения в Укра-

ине, что и определяет актуальность данной работы.

На сегодняшний день лечебные мероприятия солитарных кист разделены на 5 групп:

- традиционная «открытая» операция (в современной урологии редко используемое вмешательство);
- аспирационная пункция кисты;
- аспирационная пункция кисты + склеротерапия;
- аспирационная пункция кисты + дренирование + склеротерапия;
- лапароскопическое или ретроперитонеальное иссечение стенок кисты.

До 80-х годов наиболее надежным способом лечения простых кист считается открытая операция. Основными аргументами, были: высокая надежность вмешательства; возможная малигнизация стенок кисты или наличие не выявленной злокачественной опухоли. Хотя большинство урологов, особенно в последнее время, с введением в практику ультразвукового сканирования, компьютерной томографии, ядерно-магнитного резонанса и кистоскопии данные аргументы стали опускать на второй план, и радикализм в вопросах лечения утратил свои позиции в современной практике.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» в период с 1989г. (год внедрения диапевтики), находилось 552 человека по поводу солитарных кист почек. Из них 186 мужчин и 336 женщин, в возрасте от 19 до 83 лет. Минимальные размеры кист, которые мы пунктировали, были 3,5см, максимальные 22см. Минимальное количество аспирируемой жидкости составляло 30 мл, максимальное 1500 мл. У 152 человек процесс носил

двусторонний характер, 114 пациентов страдали множественными кистами почек (не следует путать с поликистозом почек).

С 1989 по 2006 год для диапневтических вмешательств использовался ультразвуковой сканер ALOKA – SSD 500 (Япония) с пункционным датчиком + рентгенаппарат TUR – 17 (Германия). В 2005г. в клинике создана модульная операционная и укомплектована комплексом MODULARIS URO PLUS (фирмы Siemens, Германия). В составе которого: рентгенопрозрачный стол трансформер MODULARIS URO, дистанционный литотриптор LITOSTAR MODULARIS VARIO, рентгенаппарат MULTIMOBIL 5C, с С - образной дугой, эндоскопическая стойка фирмы KARL STORZ (Германия). С 2005 года в клинике «люмботомические» операции по поводу солитарных кист не выполняются.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Методика пункции кистозных образований под ультразвуковым и в обязательном порядке рентгенологическим контролем проводится в клинике с 1989 года. Эта методика включает в себя следующие этапы:

- проведение ультразвукового исследования, выбор места «вкола» иглы, выбор направления пункционного канала;
- инфильтрационная анестезия будущего пункционного канала, насечка кожи;

- пункция полости кисты с помощью ультразвукового сканера;

- аспирацию содержимого кисты (барботажным способом) для цитологического и бактериологического исследования;

- выполнения «кистографического» исследования (в обязательном порядке). Так, как в истории нашего развития, в одном случае врач пунктировал дивертикул чашки и без кистограммы ввел склерозирующий раствор. Соответственно возник химический ожог, который повлек за собой нефруретерэктомию. Во втором случае пункционная игла «создала» искусственный ход, который сообщался с полостью почки, что повлекло за собой резекцию почки.

Из 57 больных с множественными кистами, одномоментное вмешательство выполнялось у 41, в 16-ти случаях оно расчленилось на необходимое количество этапов. При двустороннем процессе, одномоментное, с двух сторон, пунктирование проводилось в 67 случаях. С поликистозом почек, 17 пациентам, которым мы выполняли аспирационные, бездренажные пункции множественных кист почек, позволило пролонгировать социально комфортное лечение. Это позволило отсрочить и подготовить больных к трансплантации почек. Всем больным с поликистозом выполняли исключительно аспирационные пункции, без использования склеротерапии.

#### Методы лечения и результаты

Методика лечения	Количество пациентов	Количество рецидивов	Осложнения	Нормализация артериального давления
Традиционная люмботомия, иссечение кисты или резекция почки.	36	0 (0%)	1 (2,7%)	29 (85,6%)
Аспирационная пункция кисты (АПК)	61	52 (85,2%)	0 (0%)	9 (14,8%)
АПК + одноразовая склеротерапия (СКТ), без дренажная.	79	22 (27,8%)	2 (2,5%)	63 (79,7%)
АПК + дренирование + кистограмма + склеротерапия.	312	25 (8,01%)	3 (0,96%)	221 (70,8%)
АПК + кистоскопия + дренирование + СКТ.	22	1 (4,5%)	0 (0%)	18 (81,8%)
Лапароскопия или ретроперитонеальное иссечение стенок кисты.	42	2 (4,8%)	1 (2,3%)	39 (92,9%)

Учитывая выше изложенное, каждая клиника имеет свое генеральное направление, свои наработки и методики, которые «идут» особенно успешно. По этой причине мы не будем, навязывать свое мнение. Мы лишь предлагаем учесть наш опыт и выбрать оптимальный путь для каждой, отдельно взятой клиники.

**Дискуссия.** Длительность нашего наблюдения позволяет отказаться от люмботомического способа решения проблемы. Так, с 2005г наша клиника от этого способа вмешательства при солитарных кистах почек отказалась. Учитывая наши наработки в вопросах наблюдения и пролонгации жизни пациентам с поликистозом, мы считаем, что прибегать к люмботомии и игнипунктуре является не корректным решением. Те же результаты мы получили при аспирационной пункции кист и тщательном наблюдении за нашими пациентами. «Картирование» больных, которые, хотя бы один раз находились в стационаре клиники, дает возможность лечащему врачу проследить судьбу своего пациента. Так, передача больного под наблюдение поликлинического звена не является достоверным, а порой и ошибочным. По этой причине в 1989г в клинике урологии Днепропетровской области создана компьютерная сеть наблюдения за нашими пациентами. За это время мы убедились, что наши пациенты поверили нам и безотказно приезжают к нам для контрольных осмотров со всей области, несмотря на сложности транспортных «развязок». Создание такой системы наблюдения за своими пациентами позволило нам

вмешиваться в коррекцию наблюдения и лечения «наших» больных. Такая система наблюдения внедрена нами не только в вопросах лечения солитарных кист почек. Данная система позволила нам прийти к решению, что простые кисты диаметром до 3см подлежат диспансерному наблюдению и не требуют каких-либо активных действий. Всем пациентам даже при банальной пункции кист выполняется цитологическое исследование аспирированной жидкости. С 1989г только однажды мы получили наличие атипичных клеток в пунктате, что повлекло за собой люмботомическое решение проблемы.

### ВЫВОДЫ

1. По нашему мнению, от люмботомического способа лечения солитарных кист почек, на данном этапе в технически развитых клиниках следует отказаться.
2. Солитарные кисты диаметром, который превышает 10 см, подлежат лапороскопическому или ретроперитонеальному иссечению.
3. Кисты почек диаметром от 5 до 9 см подлежат аспирационной пункции, дренированию с последующей склеротерапией.
4. Больные с кистами почек диаметр, которых 1,5-3 сантиметра, подлежат диспансерному наблюдению.
5. Кисты, расположенные по передней поверхности почки или прилежащие к сосудистой ножке подлежат лапороскопическому иссечению.

### Список литературы

1. *Диапевтика в урологии / Н.С. Игнашин, А.Г. Мартов, А.В. Морозов, В.М. Перельман, О.В. Теодорович. – М.: ИПО «Полигран», 1993. – 200 с.*
2. *Игнашин Н.С. Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М.: Видар, 1997. – 112 с: ил.*
3. *Лесовой В.Н., А. Майсара // Материалы научно – практической конференции «Урология и нефрология: вчера, сегодня, завтра...», посвященная 45-летию Областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала. Харьков. 2012. – С 34.*
4. *Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас – руководство по урологии: в 3-х т. 2-е издание переработанное и дополненное. Днепропетровск: РИА «Днепр – VAL», 2001. – 692с. – Т. 1.*
5. *Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. – М.: Медицина, 1972. – 375с.*
6. *Goldberg B.B., Pollack H.M. Ultrasonic aspiration transducer // Radiol. 1972. V.102. P.187 – 189.*
7. *Eickenberg H.U. «Percutaneous surgery of renal cysts». // Urol. AUSG – A. 1984. Vol. 23. №6. p. 298 – 301.*
8. *Holm H.H., Kristensen J.K., Rasmussen S.N. et al. Ultrasound as a guide in percutaneous puncture technique // Ultrasonics. 1972. № 10. P.83 - 86.*

## Реферат

### СУЧАСНІ АСПЕКТИ В ПИТАННЯХ ЛІКУВАННЯ ПРОСТИХ КІСТИ НИРОК

А.М. Фрідберг, Е.А. Світличний

У статті узагальнений 20-річний досвід лікування солітарних кіст нирки у клініці урології Дніпропетровської медичної академії. У сучасній урології існують різні методи оперативних лікувань для вирішення питання цієї хвороби. Автори статті виокремлюють п'ять напрямків: люмботомічне оперативне втручання з висіченням стінок кісти, аспіраційна пункція кісти з одночасним введенням склерозуючого розчину в її порожнину, аспіраційна пункція з дренажуванням порожнини кісти та послідовними сеансами склеротерапії та лапароскопічне або ретро перитоніальне розсічення стінок кісти. Наш досвід ґрунтується на 552 пацієнтах. Пріоритетними методами нами обрані аспіраційна пункція з дренажуванням порожнини кісти для сеансів склеротерапії та лапароскопічне розсічення стінок кісти. Пункція кіст виконується за допомогою ультразвукового сканера, після виконання кістограми встановлюється дренаж типу «pig tail». При відсутності сполучення порожнини кісти з порожнинною системою нирки можна розпочинати склеротерапію, яка проводиться до повного припинення виділення по дренажу. Після чого дренаж видаляється.

Пацієнти з кістами діаметром від 1,5 см до 5,0 см підлягають диспансерному нагляду. При розмірах кіст від 5 до 10 см ми призначаємо аспіраційну пункцію, дренажування зі склеротерапією. Кісти діаметром більше 10 см підлягають лапароскопічному втручанням. У якості склерозуючого препарату автори надають перевагу йодно-спиртовій суміші. Усі пацієнти, що звернулись до клініки, картуються на становляться на облік.

**Ключові слова:** кіста нирки, аспіраційна пункція

## Summary

### MODERN ASPECTS IN THE TREATMENT OF SIMPLE RENAL CYSTS

A.M. Fridberg, E.A. Svetlichny

The article summarizes 20 years of experience in the treatment of solitary renal cysts in the Urology Clinic of Dnepropetrovsk State Medical Academy. In modern urology, there are different types of operational focus on the issue of the disease. The authors identify five areas: lumbotomic surgery with excision of the cyst wall, cyst aspiration puncture, aspiration puncture the cyst with simultaneous introduction of a sclerosing solution into its cavity, aspiration puncture with drainage of the cyst and subsequent sessions of sclerotherapy and laparoscopic retroperitoneal dissection or cyst wall. Our experience is based on 552 patients. Priority method we have taken aspiration puncture with drainage of the cyst for sessions of sclerotherapy and laparoscopic dissection cyst wall. Cyst puncture performed using ultrasound scanner after cystography installed drainage type «pig tail». If there is no communication with the cavity of the cyst cavity systems kidneys can begin to sclerotherapy, which is held until the complete cessation of discharge from the drainage. Then drain removed.

Patients with cysts with a diameter of 1.5 to 5 cm be dispensary observation. When the brush size from 5 to 10 cm, we assign aspiration puncture drainage with sclerotherapy. Cyst diameter greater than 10 cm are subject laparoscopic intervention. As sclerosing drug authors prefer iodine-alcohol mixture. All patients attending the clinic are registered.

**Key words:** renal cyst, aspiration puncture