

ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Цель – оценить эффективность малоинвазивного метода лечения кист почек путем сравнительной оценки пункционного лечения со склеротерапией с дренированием и по бездренажной методике с определением уровня белка пунктата кисты для оптимизации лечения и оценки риска развития рецидива.

Материалы и методы. Изучена эффективность лечения кист согласно оценки частоты и времени дебюта рецидива заболевания у 63 пациентов с простыми кистами почек. **Результаты.** Установлено, что наличие простых кисты почки по категории Bosniak 2, независимо от размеров кисты, является показанием к выполнению склеротерапии с обязательным дренированием полости кисты. Также полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с простыми кистами почек категории по Bosniak 1, с размерами до 8 см, методом выбора рациональной хирургической стратегии является склеротерапия без дренирования кисты.

Выводы. Всем пациентам в случае наличия в пунктате уровня белка более 5 г/л, независимо от размера кисты и категории по Bosniak, статистически обоснованно прогнозируется очень высокий риск развития рецидива кисты (вероятность более 90%), и в данном случае оптимальным оперативным вмешательством является лапароскопическое удаление кисты.

Ключевые слова: простая киста почки, лапароскопия, чрезкожная ингипунктура.

Введение

В настоящее время для диагностики простой кисты почки применяется большое количество исследований: от традиционных рутинных рентгенологических методов до новейших визуальных [1, 5, 7]. Широкое внедрение в клиническую практику сонографии и лучевой диагностики позволяет устанавливать диагноз кистозных заболеваний почек практически во всех случаях при реальном наличии указанной патологии. Однако объем и последовательность исследований, выполняемых при подозрении на кисту почки, разнообразны. Подходы урологов по определению показаний к лечению кистозных заболеваний почек и выбора метода лечения противоречивы. Вместе с этим, ни один из методов не может во всех случаях позволить однозначно поставить диагноз, что требует дополнительных диагностических назначений. Большинство исследователей считают наиболее целесообразным использование ультразвукового исследования (УЗИ) почек для первичной диагностики простой кисты почки, при сомнительной картине целесообразно применение других методов для исключения опухолевого образования. Не существует согласованности и единого алгоритма диагностического поиска, предусматривающего дальнейшие мероприятия после УЗИ, поэтому в каждом отдельном случае следует использовать индивидуальный подход, исходя из имеющихся данных. Актуальным направлением является разработка подобного алгоритма диагностики у пациентов с кистозными образованиями почек.

Последние годы показали значительную смену взглядов на лечение простых кист почек. Чтобы выбрать

оптимальный метод лечения, необходимо учитывать степень достоверности диагноза, характер кисты, ее осложнений, а также проанализировать возраст пациента, его состояние, технические возможности проведения тех или иных вмешательств. В настоящее время выбор метода лечения зависит от размеров кисты. Если киста малых размеров (до 20 мм в диаметре), такие пациенты не нуждаются в лечении, находятся под динамическим наблюдением. Кисты размерами более 20 мм пунктируются с дренированием и последующим склерозированием стенок, кисты больших размеров нуждаются в открытой или лапароскопической операции [8, 10, 11], при этом иссекается крыша кисты и выполняется заполнение полости кисты паранефральной клетчаткой.

По причине внедрения в клиническую урологию последних достижений, коренным образом изменились подходы к лечению кистозных поражений почек. Критериями выбора метода лечения являются: локализация кисты, произведенные ранее оперативные вмешательства в этой зоне, возраст, сопутствующая патология, личный опыт врача-хирурга, страна-производитель аппаратуры и т.д. Для лечения простой кисты почек у взрослых пациентов потенциально могут быть использованы: простая чрезкожная пункция кисты, чрезкожная пункция кисты с введением в полость склерозирующих веществ, чрезкожная пункция с дренированием полости кисты, а также эндоскопические хирургические вмешательства. Не потеряли актуальности хирургические манипуляции на открытой почке.

Ренальные кисты могут служить причиной обструкции мочевыводящих путей, увеличивать давление на почечную паренхиму, вызывать спонтанные

кровотечения, сопровождающиеся болевым и гематурическим синдромом, инфицироваться, а также приводить к развитию нефропатии и артериальной гипертензии. До использования эндоскопических методов хирургии больным с кистой почки предлагалось в основном динамическое наблюдение за размерами кисты. При наличии определенных показаний проводилось открытое оперативное вмешательство, которое часто не могло выполняться из-за различной сопутствующей патологии [2, 3, 4, 6]. Для проведения оперативного лечения кист почек должны присутствовать явления болевого синдрома, артериальная гипертензия, дисфункция уродинамики верхних мочевыводящих путей либо наличие кисты почки больших размеров, что снижает качество жизни пациента. Если есть простая киста почки, она требует динамического наблюдения, лечебно-диагностической пункции и склеротерапии либо эндохирургической операции. В большинстве случаев подкапсульные кисты относительно небольшого диаметра находятся вдали от почечного синуса и других элементов мочевыводящей системы, а также магистральных почечных сосудов. Они не приводят к обструкции мочевыводящих путей, не являются причиной симптоматической артериальной гипертензии, поэтому не нуждаются в динамическом наблюдении. Хотя в процессе наблюдения в определенном проценте случаев киста не прогрессирует, однако вероятность пропустить злокачественное образование увеличивается. Целесообразность оперативного лечения простых кист почек сомнительна в тех случаях, когда кисты имеют небольшие размеры, нет динамики их роста, отсутствуют осложнения и признаки малигнизации. Обязательным в таких случаях является динамическое УЗИ.

Основные виды оперативного лечения кист следующие: субкостальные открытые доступы, транскутанные рентгенохирургические пункционные и эндовидеохирургические методы (трансперитонеальные или ретроперитонеоскопические), что позволяет выделить следующие основные варианты:

- традиционная «открытая операция» (выполняется крайне редко из-за травматичности метода);
- аспирационная пункция кисты;
- аспирационная пункция кисты + склеротерапия;
- аспирационная пункция кисты + дренирование + склеротерапия;
- лапароскопическое или ретроперитонеоскопическое иссечение стенок кисты.

Открытая операция в данный момент практически не выполняется или выполняется крайне редко из-за травматичности метода. Чрезкожное пункционное лечение простой кисты почки является доминирующим в украинской урологии, однако при этом рецидивирование кисты возникает в 80–90% случаев. Параллельно с пункцией кисты применяется введение склерозирующих растворов, а также их последующее дренирование с поэтапной санацией. Однако и при использовании склерозирующих растворов частота рецидивов кист остается высокой и, по данным разных авторов, колеблется в пределах 12,3–33,0%. В настоящее время

лапароскопическая резекция простых кист почек считается безопасным и эффективным методом лечения.

Одним из первых методов в хирургии простых кист почек было вмешательство на открытой почке. Показаниями к нему служило подозрение на малигнизацию кисты. Кроме этого, подобное лечение рекомендуется пациентам с парапельвикальными или множественными кистами почечного синуса, когда имеют место нарушения венозной гемодинамики в результате сдавливания кистой сосудов. Данный механизм является ведущим звеном развития болевого синдрома, инфекции мочевыводящих путей и нефрогенной артериальной гипертензии, которая манифестирует при диаметре кисты >3 см. В начале XX века считалось, что лучшим методом лечения простых кист является частичная или полная энуклеация либо частичная резекция почки после предварительной пункции. Резекция почки или энуклеация кисты считались малооправданными из-за опасности кровотечения из прилегающих сосудов. Часть исследователей склонялись к нефректомии при солитарных кистах почки. В настоящее время считают достаточной резекцию свободной стенки кисты по краю паренхимы с обшиванием краевкетгутным швом. В литературе существует много критики относительно проведения поясничного доступа, так как он является травматическим, а также в некоторых случаях не дает полного доступа ко всем отделам почки. Поэтому используется открытая хирургия с применением минидоступов. Это стало возможным благодаря внедрению сохраняющих доступов при использовании специального аппарата, когда делают минимальный разрез кожи (до 6 см), в данном случае практически не встречаются кожные парестезии и послеоперационные грыжи, существенно сокращается длительность пребывания в стационаре.

В случае оперативного лечения кисты оставшуюся ее часть необходимо обработать склерозирующими препаратами. Остается дискуссионным вопрос о необходимости тампонады полости после удаления кисты. Ряд исследователей считают тампонаду необходимой и в качестве материала предлагают использовать окологочечную клетчатку, сальник на ножке либо гемостатическую губку. Рекомендуется проводить интраоперационную биопсию стенки кисты с целью исключения малигнизации последней, а при подозрении на онкопатологию почки показана ее резекция. Показаниями к нефректомии служат явная опухоль, выраженная атрофия почки, большие размеры кисты. Лопаткин Н.А. и Мазо Е.Б. считают, что оперативное лечение больных с кистой почки необходимо в молодом и среднем возрасте в таких случаях: при больших размерах кисты, приводящей к атрофии почечной паренхимы; при наличии нарушающих почечный пассаж мочи кистах; при инфицировании кисты; при наличии болевого синдрома, вызванного кистой; при гематурии, спровоцированной кистой; при артериальной гипертензии; при пункции кисты; при наличии крови в пунктате; при разрывах кисты и раке в кисте.

Полное удаление кист показано, если они локализируются в воротах почки, присутствует гематурия, боль в результате сдавливания ножки почки. В таком случае рецидивы практически не встречаются. В то же время, после резекции одной из нескольких кист почечного синуса одна из оставшихся начинает быстро увеличиваться. Клинически это выражается повторно развивающимися симптомами. Среди послеоперационных осложнений следует выделить гнойные кровотечения из почки, инфаркт почки. Общее число осложнений не превышает 5,5%. Летальность во время оперативного лечения больных с простой кистой почки составляет 1–2%. Относительными противопоказаниями к операции является пожилой и старческий возраст, бессимптомная киста в воротах почки. Если присутствуют признаки инфицирования кисты почки, рекомендуется резекция купола кисты с последующим дренированием полости. Таким образом, большое количество пациентов с простой кистой почки нуждается в хирургическом лечении. К положительным моментам этого вида лечения относится высокая эффективность при сравнительно низком проценте рецидивов, возможность прямого визуального наблюдения для диагностики осложненных кист. В то же время, оперативное лечение оставляет косметический дефект кожи, более длительное стационарное лечение и реабилитационный период. Внедрение в клиническую практику более сохраняющих методов лечения позволило снизить число показаний к оперативному лечению простых кист почек.

К преимуществам пункции относятся сравнительно несложное техническое выполнение манипуляции, минимальная инвазивность и нагрузка веществами для анестезии, минимальные финансовые затраты, отсутствие необходимости дорогостоящего оборудования, короткие сроки восстановительного лечения после операции. Проведение данного вмешательства имеет также свои недостатки: практически отсутствие послеоперационного контроля, низкий уровень прогнозирования исхода заболевания из-за возможного рецидива кист, ограничение доступа к собственно кисте в техническом плане. В процессе процедуры пункции кисты почки проводится визуальная оценка аспирата, рентгеноконтрастная кистография, цитологическое исследование, посев содержимого кисты на питательную среду, а также биохимическое исследование пунктата [9, 12].

В результате аспирации жидкости из кистозной полости может наблюдаться ликвидация или уменьшение ее размеров, купируются явления болевого синдрома, снижается артериальное давление, исчезает деформация чашечно-лоханочной системы почки. Если пункция выполняется лишь для установления диагноза, то киста остается неизменной. В некоторых работах описаны единичные наблюдения исчезновения кисты после диагностической пункции, что объясняется дренированием кисты в параренальную клетчатку. При лечебном характере чрезкожной пункции кист, когда полностью удаляют ее содержимое, эффективность манипуляции значительно возрастает. По мнению различных исследователей, примерно у 25–30%

пациентов после аспирации киста не рецидивировала.

Причинами рецидивов кисты после чрезкожной пункции могут служить кальциноз ее стенки, неравномерная толщина стенок, многокамерность, наличие кисты с признаками воспаления и склероза. Данные кисты требуют индивидуального выбора метода хирургического лечения в каждом отдельном случае. Для снижения количества рецидивов после чрезкожной пункции было предложено введение в полость кисты различных склеротических веществ с целью воспрепятствования секреции жидкости. Для этого может быть использован 96% спирт, 50% фенол, раствор Люголя, 5% йод, вистарин, пропиодол, этоксилсклерол, 2% полидиданол, тетрациклин, цианакриловый клей, пропилидон.

Среди исследователей существуют разногласия относительно применения тех или иных склеротических веществ. По данным одного из исследователей, при заполнении кисты 50% раствором глюкозы и этоксилсклеролом, через 12 месяцев полная ликвидация кисты была отмечена у 2 из 3 пациентов. Belgrano E. при введении тех же веществ отметил положительный эффект в 7 из 9 случаев. По данным Beyer D. et al., при введении липиодола рецидив кисты отсутствовал у 11 больных из 12. Однако Rogia A. et al. показали исчезновение кисты только у 18,2% пациентов, уменьшение размеров кисты более чем на 50% в 63,6% случаев. Linderman J.P. применил в качестве склерозирующих веществ пропиодол и вистарин, положительный эффект был отмечен у 9 из 10 пациентов. Popriglia F. et al. при использовании пантопака получили стойкий эффект у 2 из 3 больных, при условии применения других масляных растворов – только у 13% пациентов.

Использование липиодола, по мнению ряда исследователей, приводило к развитию нагноений и кровотечений, что указывало на необходимость оперативного лечения, также введение липиодола вызывало получение интенсивного эхосигнала, что затрудняло дальнейшее динамическое наблюдение, это существенно ограничивало применение данного вещества в качестве склерозирующего при простых кистах почек.

В исследовании Okasho A. et al. был использован раствор миноциклина гидрохлорида с эффективностью около 50% и полным отсутствием осложнений. Ибрагимов В.Ш. при введении тетрациклина у 25 из 29 больных получил положительный результат. По данным Игнашина Н.С., у 53% введение 96% спирта привело к развитию рецидива, увеличение экспозиции способствовало снижению частоты рецидива до 8,6%. Bianchi G. et al. применял 96% спирт у 44 пациентов, и только у 4 был отмечен рецидив кисты. Forster I. et al., применяя 96% спирт при кистах почки размерами 3–12 см, в 98% получил уменьшение объема кисты. Holmberg G. применял в качестве склеротического вещества висмут-фосфат, отметив уменьшение объема почечных кист на 50% и боли у всех пациентов [13, 14, 15].

С целью оперативного лечения простых кист почек активно используются лапароскопические методы. На протяжении многих лет методические подходы к проведению лапароскопических вмешательств

совершенствовались. В работе Rubenstein L. et al. впервые отмечено эффективное лечение больного с простой кистой почки посредством радикального лапароскопического удаления инфицированной кисты. Преимуществами лапароскопических операций являются высокая эффективность, минимальное число осложнений, комфортный и короткий восстановительный период по сравнению с традиционной открытой операцией. В то же время, в литературе недостаточно подробно описаны методические подходы к проведению этих операций, а также мало сказано о предупреждении осложнений, возникновение которых возможно на всех этапах оперативного лечения.

Современным методом лечения простой кисты является проведение эндовидеохирургической операции, которая является относительно оптимальным, радикальным, а вместе с этим малотравматическим методом. Проводят лапароскопическую и люмбоскопическую техники без доступов к кисте. Данный метод является радикальным, универсальным, имеет высокую диагностическую ценность, возможность различных вариантов интраоперативной тактики радикальности, возможность симультанных оперативных вмешательств. К недостаткам этого метода лечения относится высокая степень инвазии по сравнению с пункцией, достаточно сложная техника вмешательства, дорогое материальное обеспечение. Для любых кист почек показана эндовидеохирургическая операция (лапароскопическая или люмбоскопическая), если она может быть технически выполняема.

Таким образом, на сегодняшний день нет четких данных о выборе определенного метода лечения простых кист почек. У пациентов, которым выполняли чрезкожную пункцию со склеротерапией 96% спиртом и последующим дренированием, по данным литературы, возникают рецидивы простых кист почек до 30%. По нашему мнению, пациентам с большими кистами почек, кистами повышенной плотности (классификация по Bosniak), инфицированными кистами требуется дальнейшая разработка методов склеротерапии. С учетом литературных данных, причинами рецидива кист почек является недостаточное количество введенного склерозанта, малое время его экспозиции в полости кисты, а при инфицированных кистах возможна недостаточная противовоспалительная активность вводимого вещества. Авторы в разрабатываемых ими методиках склеротерапии отдают предпочтение одному какому-либо веществу, обладающему в той или иной степени либо склерозирующим, либо противовоспалительным действием, что, по нашему мнению, и является причиной рецидива кист вследствие недостаточной эффективности вводимого в полость кисты вещества. Указанные факты обуславливают актуальность проблемы.

Цель работы – оценить эффективность индивидуальных разработанных подходов в диагностике и лечении простых кист почек для снижения риска развития рецидива заболевания.

Материалы и методы

Проводилось первоначальное исследование уровня белка в пунктате кисты с дальнейшей сравнительной оценкой пункционного лечения со склеротерапией с дренированием и по бездренажной методике в рамках оптимизации лечения простых кист почек. Так, проводился ретроспективный и проспективный анализ историй болезни 63 больных с простыми кистами почек. Больные проходили обследование и находились на лечении в клинике урологии Запорожской медицинской академии последипломного образования на базе урологического отделения Запорожской областной клинической больницы. Исследовалась эффективность малоинвазивного метода лечения кист почек путем сравнительной оценки пункционного лечения со склеротерапией с дренированием и по бездренажной методике при оптимизации лечения простых кист почек. Все пациенты были обследованы на предоперационном периоде согласно общепринятому алгоритму у данной категории больных. Возраст пациентов варьировал от 29 до 75 лет (средний возраст – 66,5 года). Из них мужчин было 25 (39,6%), женщин – 38 (60,4%). С целью проведения оценки сравнительной эффективности малоинвазивного лечения больные были разделены на 2 группы сравнения, согласно видам пункционного лечения кист почек: в первую группу вошло 30 пациентов, которым пункция кисты выполнялась с аспирацией содержимого и однократной склеротерапией 96% спиртом, во вторую группу – 33 пациента, у которых чрезкожная игнипунктура сопровождалась установкой временного дренажа в полость кисты, с аспирацией содержимого и поэтапной склеротерапией 96% спиртом с нахождением дренажа в полости кисты от 1 до 3 суток. Пациентам первой группы чрезкожная пункция полости проводилась по стандартной методике. После ультразвукового подтверждения нахождения в полости кисты, через иглу аспирировалось ее содержимое, далее вводился 96% спирт в количестве 1/3 объема от первичного объема кисты с экспозицией 10 минут, затем аспирировался склерозант и удалялась пункционная игла. У пациентов второй группы после ультразвукового подтверждения нахождения иглы в полости кисты производилось дренирование полости кисты (для последующей склеротерапии) с помощью набора для перкутанной нефростомии фирмы Rusch (СН – 10). Дренаж фиксировался на коже, содержимое кисты пассивно эвакуировалось по установленному в полость кисты дренажу. Полученная при игнипунктуре жидкость (содержимое кисты) направлялась на цитологическое исследование. После прекращения отделяемого содержимого кисты, начиная с первых суток, через дренаж в полость кисты вводилось склерозирующее вещество в количестве 1/3 объема от первичного объема кисты. По данным авторов, необходимо вводить количество, равное 30% первичному объему кисты. Экспозиция склерозирующего препарата составляла 2 часа. В это время больной активно двигался и менял положение тела для контакта склерозанта со всей

поверхністю. Введення склерозуючого розчину виконувалося раз в сутки в течение 2–4 днів. Критерієм припинення склеротерапії являлося припинення секреції з порожнини кисті більше 12 годин, а також УЗІ-контроль з відсутністю рідини в залишковій порожнині кисті.

У всіх пацієнтів визначався кількісно рівень білка в пунктаті кисті традиційним способом. Результати проведеного лікування оцінювалися за наявності або відсутності рецидива кисті. Критеріями рецидива вважалися наявність залишкової порожнини кисті об'ємом 50% або більше від вихідного об'єму.

Дані представлялися в вигляді: середнє значення ± стандартна помилка середньої величини. Для перевірки гіпотези про нормальності розподілу варіант, виражених в кількісній шкалі, застосовували критерій Шапіро–Уїлкса. Порівняння груп за якісним ознакою, а також при дослідженні частот зустрічальності показувачів, проводилося за допомогою критерію χ^2 з аналізом таблиць сопряженности з поправкою Йейтса, т.к. кількість вимірювань в клітинці було менше 5. Для всіх видів аналізу статистично значимими вважалися відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки діагностичної значимості використання кількісного значення концентрації рівня білка секрету кисті ми провели ROC-аналіз з розрахунком оптимальної точки розподілу рівня білка секрету кисті для визначення наявності рецидива. В якості залежної змінної розглядали рівень білка секрету кисті, в якості кумулятивної кінцевої точки – рецидив кисті. Априорно припускаючи, що у класифікатора існує деякий параметр, варіюючи котрим, ми отримували то або інше розбиття на 2 класи. Цей параметр (порог або точка відсічення (cut-off value)) в нашому випадку склав 4,9250 (приблизно і округлене до 5 г/л), показуючи краще оптимальне співвідношення чутливості до специфічності по виявленню ризику розвитку рецидива захворювання і орієнтовно рівна 75-перцентилі всіх значень рівня білка секрету кисті хворих. Таким чином, можна класифікувати нового пацієнта з урахуванням вихідного рівня білка в секреті кисті і за значенням розрахованої ймовірності рецидива кистоутворення. З урахуванням даних про наявності моменту загострення у хворих з простими кистами, ми досліджували з допомогою методу бінарної регресії для побудови рівняння ймовірності настання події (кінцева точка – рецидив захворювання) залежність дихотомічної змінної (наявності / відсутності рецидива кисті за проміжним періодом 12 місяців) від незалежної, в якості якої розглядали рівень білка в секреті кисті. Таким чином, при проведенні пункції кисті нирки в разі наявності в пунктаті рівня білка більше 5 г/л статистично обґрунтовано можна прогнозувати дуже високий ризик розвитку рецидива кисті (ймовірність більше 90%).

Отримані дані показали, що у пацієнтів першої групи рецидив кисті через 3 місяці з категорією Bosniak 1 і розмірами кисті від 4–8 см спостерігався у 1 пацієнта, що склало 12,5% від загальної кількості цієї групи, з категорією Bosniak 1 і розмірами кисті від 8–16 см рецидив – також у 1 пацієнта, що склало 14,29%. Однак слід зауважити, що у цих пацієнтів рівень білка був вище 5 г/л, що вказувало на високу ймовірність рецидива. Крім того через 6 і 12 місяців після втручання ризик розвитку рецидива зроставав, складаючи 25% і 28,57% відповідно. У досліджуваних цій же групі, але з категорією 2 (за Bosniak), рецидив кисті через 3 місяці з кистами середніх розмірів мав місце у 2 пацієнтів, що склало 22,22% від загальної кількості хворих цієї групи, а з розмірами кисті від 8–16 см рецидив відзначався у 16,67% пацієнтів. Також спостерігалася аналогічна прогресія в частоті рецидивування к 6 (33,33% і 66,67%) і 12 (33,33% і 83,33%) місяцям після склеротерапії без дренирування кисті. У пацієнтів другої групи рецидив кисті через 3 місяці з категорією Bosniak 1 і розмірами кисті від 4–8 см і 8–16 см не діагностувався взагалі. Крім того така тенденція спостерігалася к 6-му місяцю, склавши тільки лише к 12-му місяцю – 0% і 16,67%. У хворих цій же групі, але з категорією 2 (за Bosniak), незалежно від розміру, рецидив кисті через 3 місяці також не виявлявся, а через 6 місяців спостерігався в 9,1% і 14,3% випадків для розмірів кист від 4–8 см і 8–16 см відповідно. К 12-му місяцю в кожній підгрупі, незалежно від розміру кист і категоріальної належності, в кожній підгрупі відзначався 1 випадок рецидива простої кисті (коливання склали від 16% до 28%). Це наочно і достовірно, шляхом використання статистичного критерію хи-квадрата (χ^2) з поправкою Йейтса, показує, що після склеротерапії з дренирування порожнини кисті ризик рецидива статистично значимо менше без поправки на діаметр і клас кист, що особливо проявляється к більш тривалому часовому діапазону (12 місяців). Це дозволяє зауважити, що проведення чрезкожної иглопунктури з установкою часового дренажу в порожнину кисті (аспірацією), з наступною поетапною інстиляцією склерозуючої рідини за запропонованою методикою, достовірно знижує ризик розвитку рецидива, як в найближчий час, так і через рік. Крім того, слід зауважити, що у всіх пацієнтів, котрі мали рецидив кисті, в 10% випадків спостерігався рівень білка вище 5 г/л.

Висновки

У пацієнтів з простими кистами нирок і рівнем білка до 5 г/л при первинній діагностичній пункції категорії за Bosniak 1 і розмірами не більше 8 см методом вибору хірургічної стратегії вважається склеротерапія без дренирування кисті.

Кисти нирок за категорією Bosniak 2, незалежно від розмірів кисті і з нормальним рівнем білка,

являются показанием к склеротерапии с обязательным дренированием полости кисты.

У всех пациентов в случае наличия в пунктате уровня белка более 5 г/л, независимо от размера кисты и категории по Bosniak, статистически обоснованно прогнозируется очень высокий риск развития рецидива кисты (вероятность более 90%), и в данном случае

оптимальным оперативным вмешательством является лапароскопическое удаление кисты.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в дополнительной оценке гистологических изменений кисты в рамках разработки индивидуального подхода в терапии для регрессии рецидивов заболевания.

Литература

1. Антонов А. В. Эндовидеохирургия – первые результаты / А. В. Антонов, П. А. Рыкин // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 10.
2. Бондарев А. А. Критерии оценки операционных подходов в эндохирургии / А. А. Бондарев // Эндоскопическая хирургия. 2002. - № 2. - С. 18.
3. Бондарев А. А. Критерии оценки оперативных доступов в эндохирургии / А. А. Бондарев, А. Д. Мясников, И. А. Работский // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 4. – С. 47–53.
4. Конверсии при ретроперитонеальном доступе / А. Е. Борисов, А. В. Антонов, В. А. Семенов [и др.] // V Всерос. съезд по эндоскопической хирургии : тез. докл., г. Москва, 20–22 февр. 2002 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 20.
5. Эндовидеохирургия органов внебрюшинного пространства / А. Е. Борисов, В. П. Земляной, В. А. Кашенко [и др.]. – СПб. : Издание Предприятия ЭФА, 2000. – 204 с.
6. Осложнения эндоскопии и лапароскопических операций в урологии / В. Е. Шульц, Б. В. Крапивин, А. А. Давыдов [и др.] // III Всерос. съезд по эндоскопической хирургии : тез. докл., г. Москва, 24–25 февр. 2000 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 60.
7. Эктов В. Н. Первый опыт лапароскопически ассистированных вмешательств / В. Н. Эктов, В. В. Новомлинский, В. А. Музальков // II Всерос. съезд по эндоскопической хирургии : тез. докл., г. Москва, 24–25 февр. 1999 г. // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 2. – С. 78.
8. Aboulker P. L'arteriographie renale dans le diagnostic differential entre cancer et kyste du rein / P. Aboulker, Renders G. Limites // Ann. Urol. – 1976. – Vol. 10, № 1. – P. 5–11.
9. Ainsworth N. L. The differential diagnosis between renal tumors and cysts / N. L. Ainsworth, S. A. Vest // J. Urol. – 1951. – Vol. 66. – P. 740–742.
10. Amis E. S. The Renal Sinus: an imaging Review and proposed nomenclature for sinus cysts / E. S. Amis, J. Cronan // The J. of Urology. – 1988. – Vol. 139. – P. 1151–1159.
11. Amis E. S. Needle Puncture of Cystic Renal Masses: A Survey of the Society of Uroradiology / E. S. Amis, J. Cronan, R. C. Pfister // AJR. – 1987. – Vol. 148. – P. 297–299.
12. Androulakakis P. Spontaneous suppurative of solitary renal cysts / P. Androulakakis, B. Kyranyannis, A. Deliveliotis // Europ. Urol. – 1981. – Vol. 7, № 1. – P. 48–50.
13. Austoni E. Renal cysts resection / E. Austoni, A. Trinchieri, G. Zanetti // Archivio Italiano di Urologia, Andrologia. – 1993. – Vol. 65, № 3. – P. 235–237.
14. Mohsen T. Treatment of symptomatic simple renal cysts by percutaneous aspiration and ethanol sclerotherapy / T. Mohsen, M. A. Gomha // BJU Int. – 2005. – Vol. 96, № 9. – P. 1369–1372.
15. Laparoscopic treatment of symptomatic simple renal cysts / O. A. Castillo, D. DeGiovanni, R. Sánchez-Salas [et al.] // Arch. Esp. Urol. – 2008. – Vol. 61. – P. 397–400.

Дата поступления рукописи в редакцию: 19.05.2015 г.

Оцінка малоінвазивних ендовідеохірургічних методів лікування простих кіст нирок: огляд літератури і результати власних досліджень

М.В. Варвашеня

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета – провести оцінку ефективності малоінвазивного методу лікування кіст нирок шляхом порівняльної оцінки пункційного лікування зі склеротерапією з дренажуванням і за бездренажною методикою з визначенням рівня білка пунктату кісти для оптимізації лікування та оцінки ризику розвитку рецидиву.

Матеріали та методи. Вивчено ефективність лікування кіст згідно з оцінкою частоти і часу дебюту рецидиву захворювання в 63 пацієнтів із простими кістами нирок.

Результати. Встановлено, що наявність простих кісти нирок за категорією Bosniak 2, незалежно від розмірів кісти, є показанням до виконання склеротерапії з обов'язковим дренажуванням порожнини кісти. Також отримані дані свідчать про те, що в пацієнтів із простими кістами нирок за категорією Bosniak 1, з розмірами до 8 см, методом вибору раціональної хірургічної стратегії є склеротерапія без дренажування кісти.

Висновки. Усім пацієнтам у разі наявності в пунктаті рівня білка понад 5 г/л, незалежно від розміру кісти і категорії за Bosniak, статистично обгрунтовано прогнозується дуже високий ризик розвитку рецидиву кісти (ймовірність понад 90%), і в даному випадку оптимальним оперативним втручанням є лапароскопічне видалення кісти.

Ключові слова: проста кіста нирки, лапароскопія, черешкірна інгіпунктура.

Evaluation of endovideosurgical minimally invasive methods of treatment of renal simple cysts: literature review and results of their research

M.V. Varvashenia

SI «Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporozhye, Ukraine

Purpose – assessed the effectiveness of minimally invasive treatment of renal cysts by comparative evaluation of percutaneous aspiration with sclerotherapy and drainage and tubeless percutaneous technique with a certain level of protein punctate cysts to optimize the treatment and assess the risk of recurrence.

Material and methods. The efficiency of the treatment of cysts according to estimates of the frequency and time of the opening of renal cyst recurrence in 63 patients with simple cysts.

Results. Found that the presence of simple renal cysts (Bosniak category II), regardless of the size of cysts and protein levels up to 5 g/L, an indication to perform sclerotherapy with mandatory drainage cyst cavity. Also, the findings suggest that in patients with simple kidney cysts (Bosniak category I), with sizes up to 8 cm, the method of choice rational surgical strategy is sclerotherapy without drainage the cyst cavity.

Conclusions. All patients in the event of a punctate in protein levels greater than 5 g/l, regardless of the size of the cyst and the category of Bosniak, statistically reasonable to predict a very high risk of recurrence of the cyst (probability 90%) and in this case, the optimal surgery is laparoscopic removal cyst.

Key words: renal simple cysts, laparoscopic, intoskin ingipuncture.

Ведомости про автора

Варвашеня Максим Викторович – очный аспирант кафедры урологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»; бул. Винтера, 20, г. Запорожье, 69096, Украина.