

# Тактика лечения сложных парапелльвикальных кист и паренхиматозных опухолей в сочетании с мочекаменной болезнью единственной функционирующей почки

*М.И. Ухаль, Е.М. Ухаль, А.Н. Кваша, И.П. Пустовойт*

Одесский национальный медицинский университет

В настоящее время прослеживается четкая тенденция к увеличению числа больных как с двусторонними кистозными и опухолевыми заболеваниями почек, так и с сопутствующими неопухолевидными (мочекаменная болезнь, гидронефротическая трансформация, стеноз почечной артерии и др.) заболеваниями противоположного органа. Реже в литературе представлены данные о сочетании кист и опухолей с другими урологическими заболеваниями единственной почки.

**Цель исследования:** повысить эффективность лечения кистозных и опухолевых заболеваний в сочетании с мочекаменной болезнью единственной функционирующей почки.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 11 больных, у которых течение сложных парапелльвикальных кистозных и опухолевых заболеваний в сочетании с мочекаменной болезнью носило и прогрессирующий характер. Возраст больных колебался от 41 года до 73 лет. При этом сочетание плотных паренхиматозных опухолей единственной почки с мочекаменной болезнью было у 3 больных, а у 8 пациентов – сложные парапелльвикальные кисты с мочекаменной болезнью. У двух из трех больных с опухолью единственной почки в сочетании с мочекаменной болезнью противоположные почки удалены по поводу почечно-клеточного, а у одного больного – по поводу инфицированного гидронефроза. У больных со сложными парапелльвикальными кистами единственных почек в сочетании с мочекаменной болезнью противоположные почки удалены по поводу мочекаменной болезни, осложненной гнойно-воспалительными заболеваниями почек. Диагноз сочетанной патологии единственной почки устанавливали с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) с доплерографией, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) с болюсным контрастированием.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 81,8% больных в клинических проявлениях сочетанного заболевания на первом месте был болевой синдром различной интенсивности, вплоть до почечной колики. У 18,1% пациентов с миграцией конкрементов в мочеточник развилась анурия. На втором месте из клинических проявлений (у 72,7% больных) была прогрессирующая симптоматическая артериальная гипертензия с одновременным развитием в единственных почках хронического пиелонефрита и клинико-лабораторных признаков почечной недостаточности. Макрогематурия была у 2 больных с паренхиматозными опухолями почек. О злокачественном характере опухолей единственных почек свидетельствовал анамнез заболевания (ранее удаленные противоположные почки по поводу почечно-клеточного рака), выраженный артериальный кровоток в опухолях и по их периферии, повышение плотности в опухолях при КТ с контрастированием с 30–35 до 55–58 ед. Указанные выше клинические и лабораторно-

функциональные проявления стали основанием для применения различных методов хирургического лечения. При этом у больных с развитием субренальной анурии на первом этапе была проведена катетеризация почек с установкой внутренних стентов. Установка внутренних стентов как первый этап малоинвазивного эндоскопического оперативного вмешательства также была выполнена у 4 из 8 больных (50%) с парапелльвикальными кистами и развитием острого пиелонефрита. Перед оперативным лечением больных с опухолями почек с целью определения особенности артериального кровоснабжения им проведены ангио-КТ или МРТ-исследования. У двух больных опухоли почек располагались на полюсе, а у одного – в средней части почки. Размеры опухолей почек колебались от 4,5 до 8 см. При этом, опухоль размером 8 см была у больного с викарно-увеличенной почкой (до 18 см), у которого противоположная почка удалена в возрасте 9 мес в связи с инфицированным гидронефрозом. Всем больным с опухолями *in situ* выполнена резекция почек с одновременным удалением из лоханок конкрементов размером от 1,5 до 2,5 см. В процессе резекции ткани почек, пораженных опухолями, проводили пережатие сосудистой почечной ножки длительностью от 14 до 21 мин (в среднем 17,6 мин). Кровоток после пережатия сосудистой почечной ножки восстановился у всех больных. В течение первых суток после операции эти больные выделили от 1,1 до 2,4 л мочи. Развития в ранние сроки после операций острой почечной недостаточности не отмечено ни у одного больного. По данным гистоморфологического исследования удаленных опухолей светлоклеточный рак почек был у двух больных, темноклеточный – у одного пациента. В отдаленные сроки (на протяжении наблюдения от 1 до 3 лет) рецидива опухолей, мочекаменной болезни и прогрессирования хронической почечной недостаточности у данных больных не отмечено.

У больных со сложными парапелльвикальными кистами выполнено открытое оперативное вмешательство с одновременным иссечением оболочек кист и проведением пиелолитотомии с установкой внутреннего стента. Нефростомия у этих больных не выполняли. Послеоперационный период у данных больных протекал гладко. Послеоперационный койко-день составил у них в среднем 11,4 дня.

## Выводы

1. Сочетание кистозных и опухолевых заболеваний с мочекаменной болезнью единственной функционирующей почки является нередким.

2. Оперативное лечение кистозных и опухолевых заболеваний, сочетанных с мочекаменной болезнью единственной функционирующей почки при современных методах анестезии и адекватном выборе способов оперативного вмешательства, является эффективным.