

Тактика лікування кіст нирок

С.О. Возіанов^{1,2}, А.І. Бойко¹, Т.І. Шматюк¹, Д.І. Купрін¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Інститут урології» НАМН України, м. Київ

У статті проведено порівняння основних сучасних методів лікування кіст нирок, визначені показання до їхнього застосування та сформований алгоритм оптимальної тактики лікування.

Кісти є захворюванням, що часто діагностують у структурі ниркової патології. Їхня поширеність становить близько 5%. Кісти малих розмірів (діаметром <4 см) часто мають безсимптомний перебіг, їх виявляють випадково під час обстеження з приводу інших захворювань. Кісти середнього та великого розмірів мають різноманітні клінічні прояви. Незамінними методами діагностики є УЗД, КТ, МРТ, УЗД з внутрішньовенним контрастуванням, застосування сучасних онкомаркерів. Сучасному лікарю доступний широкий комплекс технологій та методів для встановлення діагнозу і відповідно правильного вибору оптимального методу лікування.

кісти нирок, рак нирки, діагностика, класифікація, малігнізація, лікування.

Кісти є захворюванням, що часто діагностують у структурі ниркової патології. Їхня поширеність становить близько 5% [1]. Кісти малих розмірів (діаметром <4 см) часто мають безсимптомний перебіг, їх діагностують випадково під час обстеження з приводу інших захворювань [2–4]. Кісти середнього та великого розміру мають клінічні прояви у формі болю у попереку, гематурії, інфекції сечовивідних шляхів, гідронефрозу, гіпертензії, можуть маскуватися під кісти інших органів (печінки, підшлункової залози та ін.), також є ризик травматичного чи спонтанного їхнього розриву. Для виявлення даного захворювання найчастіше використовують променеві методи діагностики. УЗД посідає провідне місце у рутинному скринінгу завдяки своїй доступності, низькій вартості та відсутності шкідливого впливу. Важливим є диференціальна діагностика складних кіст нирок з пухлинами, геморагічними та інфекційними кістами. У таких випадках незамінними методами діагностики є КТ, МРТ, УЗД з внутрішньовенним контрастуванням, застосування сучасних онкомаркерів. Для структуризації різноманітних ознак кістозних захворювань нирок при використанні візуальних методів досліджень у 1986 р. була впроваджена у практику класифікація М.А. Bosniak [5]. Вона була доповнена у кінці 90-х років минулого століття та востаннє змінена у 2005 р. [6]. Використовується для оцінювання кістозних новоутворень у нирках.

У даній класифікації кісти нирок розподілені на 5 категорій на підставі їхніх візуальних даних на КТ з метою прогнозування ризику виникнення злоякісних утворень. Отже, сучасному лікарю доступний широкий комплекс технологій та методів для встановлення діагнозу і відповідно правильного вибору оптимального методу лікування.

Для лікування симптоматичних простих кіст нирок (Bosniak I–II) існує широка низка методів: пункція (аспірація) з або без склерозування, лапароскопічні хірургічні методики (трасперитонеальним чи ретроперитонеальним доступом), однопортові хірургічні доступи (у тому числі через природні отвори), використання роботизованих хірургічних методик та відкриті оперативні втручання [7, 8].

Пункція, склеротерапія

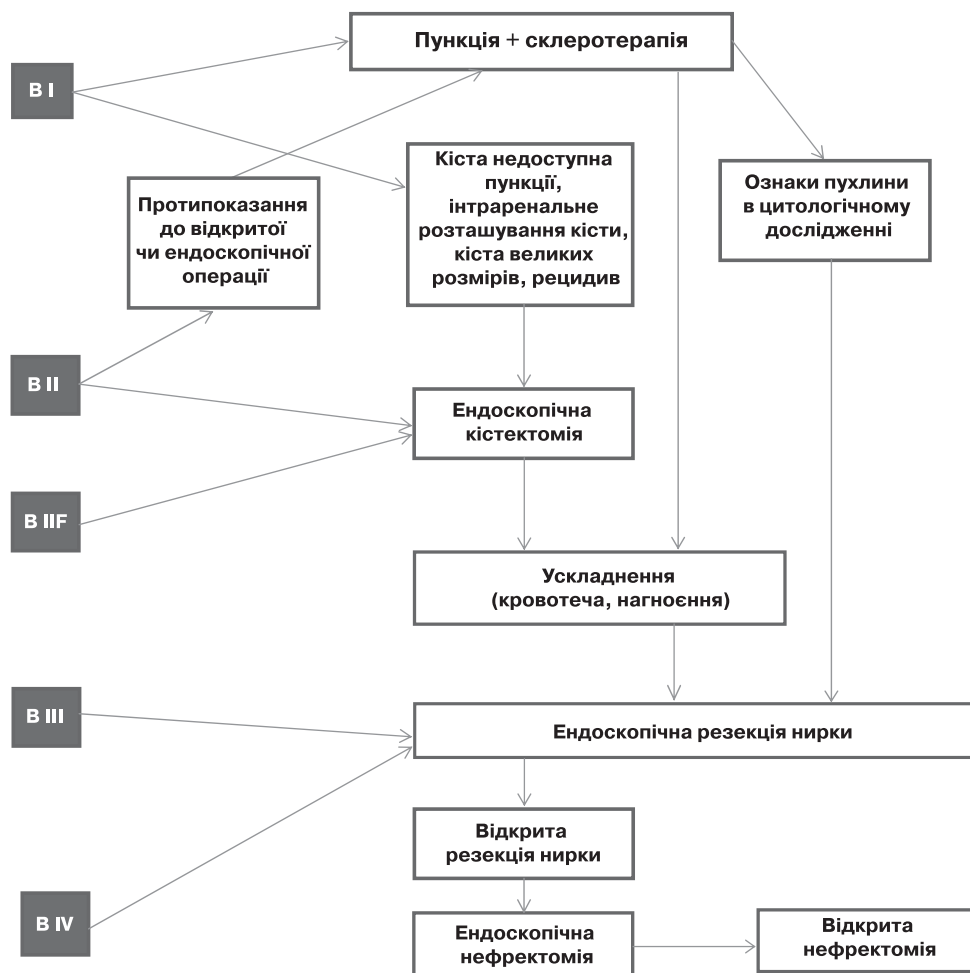
Проста пункція кіст на сучасному етапі розвитку медицини використовується тільки з діагностичною метою, оскільки характеризується високою ймовірністю рецидиву (90%) [9–12]. Набагато ефективнішим є поєднання її із застосуванням склерозивних речовин. Мета пункції із склеротерапією – руйнування секреторного епітелію шляхом введення різних склерозивних агентів у порожнину кісти, щоб знизити ймовірність її рецидиву. Для цього використовують широку низку склерозантів із різною ефективністю. Проте середній рівень ефективності становить 40–77% [9–18]. Хоча згідно з Choi, який вивчав піцибаніл (ОК-432) у групі, в яку входив 61 пацієнт, виявлено його ефективність при розмірі об'єму кісти до 200 мл на рівні 100%, а при об'ємі понад 200 мл – близько 65% [13]. Сьогодні найчастіше використовують 95% спирт [19].

Ефективність цього методу широко варіює залежно від розмірів кісти, виду склерозанту, тривалості післяопераційного спостереження та, власне, від визначення самого поняття «ефективність лікування» (одні автори під цим терміном розуміють повну відсутність кісти, а інші – її зменшення у розмірах).

Ендоскопічні методи лікування

Q. Shao та співавтори у 2013 р. провели дослідження, у якому порівнювали пункцію кісти у поєднанні зі склеротерапією з лапароскопічною резекцією стінок кісти. У дослідження включали пацієнтів з кістами нирок Bosniak I та II. Усього було проліковано 1194 пацієнти (986 пацієнтам було проведено пункцію та склеротерапію 95% розчином спирту, 208 пацієнтам виконували лапароскопічне видалення стінок кіст). Повна регресія кіст спостерігалася у 91% пацієнтів першої групи та у 95% пацієнтів другої групи. Рецидив був відзначений у 8,5% та 1,9% випадків відповідно. Час спостереження становив один рік [20].

Однак Okan Bas та співавтори провели більш тривале спостереження. Вони проаналізували 184 випадки лікування пацієнтів із простими симптоматичними кістами нирок (Bosniak I–II): 149 пацієнтам було виконано лапароскопічне видалення стінок кісти, а у 35 випадках проводили пункцію у поєднанні зі склеротерапією (як склерозант використовували 95% спирт). Час спостереження становив близько 35 міс. Крім того, група лапароскопічно пролікованих пацієнтів була розподілена на дві частини: у 19 пацієнтів був використаний трасперитонеальний доступ (кісти розташовувались на передній поверхні нирки), ретроперитонеальний доступ використовували у 130 пацієнтів (кісти знаходились на задній та латеральній поверхнях). У всіх випадках максимально видаляли стінки кісти. Коагуляцію ложа кісти не проводили з метою уникнення утворення фістули з порожнинною системою та великими судинами нирки. Для попередження рецидиву утворення кісти в її ложе закладали параренальну клітковину. Учені отримали наступні результати: у групі лапароскопічного методу під час контрольного обстеження відсутність кіст констатовано у 96,6% випадків, зменшення симптомів – у 92,6% випадків, натомість у групі склеротерапії



Алгоритм лікування кіст нирки

ці показники становили 60% та 54,2% відповідно, а рівень рецидивування у цій групі – 22,8% (8 випадків). Час спостереження в обох групах становив 35 міс [21].

Отже, лапароскопічне видалення стінок кісти має вищий коефіцієнт ефективності, нижчий рівень рецидивування та мінімальну кількість ускладнень. Пункцію ж кісти зі склеротерапією можна виконувати амбулаторно, вона не потребує загального знеболювання, може використовуватись у пацієнтів з протипоказаннями до лапароскопічного лікування, оскільки є менш травматичним втручанням, хоча має вищий рівень рецидивування.

T.Pinheiro та співавтори провели ретроспективне дослідження за участі 407 пацієнтів, прооперованих з приводу пухлин нирки, 36 з яких класифікували як Bosniak III та IV. Даним пацієнтам виконували лапароскопічну резекцію, відкриту резекцію, лапароскопічну нефректомію та відкриту нефректомію у 67,5%, 10,8%, 10,8% та 8,1% випадків відповідно. Відкриті операції виконували тільки у зв'язку з протипоказаннями до пневмоперитонеуму, зумовленими кардіологічними захворюваннями. Автори рекомендують проводити лікування складних кіст нирок шляхом резекції нирки, оскільки п'ятирічна виживаність у їхньому дослідженні становила 90–100%. Ними було встановлено, що лапароскопічний метод для складних кіст нирок є безпечним, доцільним та ефективним [22].

Ще одне ретроспективне дослідження щодо хірургічного лікування складних кіст нирок було проведено Liu Yu-qing та співавторами. Вони дослідили результати 27 пацієнтів, що

включало 7 випадків кіст Bosniak IIF, 11 випадків – Bosniak III та 9 випадків – Bosniak IV. Відсоток злоякісних пухлин становив 14,3%, 45,5% та 88,9% відповідно у кожній групі. Усім пацієнтам була проведена лапароскопічна резекція нирки. Під час подальшого спостереження протягом від 12 до 48 міс не було виявлено жодного випадку рецидивування [23].

Під час вибору доступу для ендоскопічного лікування варто враховувати розташування кісти. Також існує думка, що ретроперитонеальний доступ порівняно з трансперитонеальним доступом зменшує ризик виникнення гіперкарбії, гіпертермії, післяопераційної кишкової непрохідності, випадкових пошкоджень органів черевної порожнини і формування кил та за наявності інфікованої кісти виключає потрапляння її вмісту у черевну порожнину [24]. Недоліком є невеликий робочий простір, що створює певні труднощі в анатомічній орієнтації і потребує більшого досвіду від хірурга.

Останнім, але не менш важливим, залишається відкритий доступ. Він використовується у випадку, коли операція показана, а виконання малоінвазивного втручання неможливе.

Рецидив кісти, ймовірно, може виникнути через неповну обробку ложа кісти чи неповне видалення стінок кісти. Щоб зменшити ймовірність рецидиву, стінка кісти повинна бути по можливості повністю видалена, а в ложе кісти необхідно помістити паранефральну клітковину [25]. Коагуляцію ложа кісти потрібно проводити дуже обережно та поверхнево, оскільки це може призвести до гематурії та утворення нориді [25, 26]. Також необхідно тампонувати ложе кісти паранефральною кліткови-

ною чи використовувати Surgicel (Ethicon, Inc, Somerville, NJ). Про необхідність цього свідчать дані Porpiglia та співавторів, які дослідили 40 випадків і не виявили жодного рецидиву при використанні цього методу. Тоді як за відсутності такої методики рецидив виникав у 14% випадків [25].

Ураховуючи наведені вище дані, ми пропонуємо наступний алгоритм лікування кіст нирок. Лікування кіст нирок категорії Bosniak I необхідно проводити шляхом їхньої пункції із подальшою склеротерапією. Але якщо кіста недоступна для пункції, має інтрауретеральне розташування, великі розміри або це рецидив, доцільно використовувати лапароскопічне видалення стінок кісти (транс- чи ретроперитонеальним доступом) із тампонадою ложа кісти парануретеральною клітковиною. Також цей метод доцільно використовувати у разі виявлення атипичних клітин в обов'язковому цитологічному дослідженні вмісту кісти. У такому випадку необхідно проводити резекцію нирки.

Кісти категорії II та IIF мають більшу ймовірність малігнізації (13–15% та 25–38% відповідно), тому ми рекомендуємо проводити лапароскопічну резекцію стінок таких кіст. За появи ускладнень (нагноєння, кровотеча) доцільно виконувати лапароскопічну резекцію нирки.

Кісти категорії III та IV з вірогідністю малігнізації 40–50% та 90–95% відповідно є злоякісними. Тому в таких випадках доцільно виконувати резекцію нирки. Перевага надається малоінвазивним методам. Проте якщо під час лапароскопічного доступу виникли труднощі, але є можливість виконати резекцію відкритим методом, – необхідно застосувати останній варіант для максимального збереження нефронів нирки. За необхідності нефректомії перевагу повинно надавати найменш травматичному методу.

Більш наочно алгоритм представлений на малюнку.

Пошук альтернативних методів лікування продовжується.

У 2015 р. W. Yu та співавтори провели дослідження, у рамках якого було проліковано 35 пацієнтів з парануретеральними кістами шляхом видалення стінок кісти методом гнучкої уретероскопії. Кісти дренивались у порожнисту систему

нирки. Середній час операції становив 25 хв, а госпіталізація тривала близько 3 днів. У 3 пацієнтів виникли ускладнення за Clavien I та II. У післяопераційному спостереженні, що тривало 36 міс, у 74,3% пацієнтів не було виявлено кіст, у 4 хворих діагностовано просту кісту діаметром менше 2 см [27]. Отже, гнучка уретероскопія може бути однією з опцій під час вибору сучасного методу лікування кіст нирок.

Mitsuko Yodoa та співавтори при обстеженні пацієнтів з нирково-клітинним раком, яким проводили кріоабляцію, з супутніми простими кістами нирок запропонували використовувати цей метод для лікування простих кіст нирок. Проте кількість пацієнтів була малою, що зумовлює потребу подальшого вивчення цього питання [28].

ВИСНОВКИ

Для успішного лікування кіст нирок необхідно використовувати мультимодальний підхід. Тобто повинні враховуватись розміри та розташування кісти, її структура за класифікацією Bosniak. Важливим моментом є врахування індивідуальних особливостей пацієнта, а саме – вік, попередні оперативні втручання і наявність супутньої патології. Базуючись на статистичних даних, пункцію нирок у поєднанні зі склеротерапією доцільно використовувати тільки при кістах Bosniak I невеликих та середніх розмірів. За великого об'єму кісти доцільно застосовувати ендоскопічне видалення стінок кісти. На нашу думку, використовувати пункцію при кістах II можна тільки за наявності протипоказань до лапароскопічного лікування. Вважаємо, що кісти IIF потрібно лікувати шляхом ендоскопічного видалення її стінок. За виявлення новоутворень III та IV доцільно проводити резекцію нирки. Така тактика зумовлена високою ймовірністю малігнізації. Перевага надається малоінвазивним методикам, проте у випадку труднощів при ендоскопічному доступі необхідно виконувати відкриту резекцію. Це зумовлено необхідністю збереження максимальної кількості нефронів.

Обираючи доступ при ендоскопічному втручанні, необхідно зауважити, що більшість сучасних досліджень свідчать про перевагу ретроперитонеального доступу.

Тактика лічення кіст почек

С.А. Возианов, А.И. Бойко, Т.И. Шматюк, Д.И. Куприн

В статье проведено сравнение основных современных методов лечения кист почек, определены показания к их применению и сформулирован алгоритм оптимальной тактики лечения.

Кисты являются заболеванием, часто диагностируемым в структуре почечной патологии. Их распространенность составляет около 5%. Кисты малых размеров (диаметром <4 см) часто имеют бессимптомное течение, их выявляют случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Кисты среднего и большого размеров имеют различные клинические проявления. УЗИ, КТ, МРТ, УЗИ с внутривенным контрастированием, применение современных онкомаркеров – это основные инструменты для диагностики кист почек. Современному врачу доступен широкий комплекс технологий и методов для установления диагноза и соответственно правильного выбора оптимального метода лечения.

кисты почек, рак почки, диагностика, классификация, малигнизация, лечение.

Tactic of renal cysts treatment

S.O. Vozianov, A.I. Boyko, T.I. Shmatyuk, D.I. Kuprin

The article is devoted to compare the main modern methods of kidney cysts treatment, to determine their indications for use, and to formulate an algorithm for optimal treatment tactics. Cysts are common in the structure of renal disease. Their prevalence is about 5%. Cysts of small size (<4 cm in diameter) are often asymptomatic, and diagnosed accidentally during the examination of other reasons. Medium and large cysts have a variety of clinical manifestations. Main methods of diagnosis are ultrasound, CT, MRI, contrast-enhanced ultrasound and tumor markers. A modern physician is available a wide range of technologies and methods for diagnosis. They help to choose the optimal method of treatment.

renal cysts, renal cancer, diagnosis, classification, malignancy, treatment.

Сведения об авторах

Возианов Сергей Александрович – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, ГУ «Институт урологии» НАМН Украины, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Бойко Андрей Иванович – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: shmatyuk@gmail.com

Куприн Дмитрий Иванович – Кафедра урологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Agarwal M.M. Surgical management of renal cystic disease. / M.M. Agarwal, A.K. Hemal // Curr. Urol. Rep., 2011; 12(1): 3–10.
2. Silverman S.G. Management of the incidental renal mass / S.G.Silverman, G.M. Israel, B.R. Herts [et al.] // Radiology 2008; 249(1):16–31.
3. Curry N.S. Cystic renal masses: accurate Bosniak classification requires adequate renal CT / N.S. Curry, S.T. Cochran, N.K. Bissada // AJR Am J Roentgenol 2000;175(2):339–42.
4. Israel G.M. How I do it: evaluating renal masses / G.M. Israel, M.A. Bosniak // Radiology 2005; 236(2): 441–50.
5. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts. Radiology. 1986;158:1–10.
6. Muglia V.F. Bosniak classification for complex renal cysts: history and critical analysis / V.F. Muglia, A.C. Westphalen // Radiol Bras. 2014 Nov-Dec;47(6):368–73.
7. Terada N. The 10-year natural history of simple renal cysts / N. Terada, Y. Arai, N. Kinukawa and A. Terai// Urology 71(1) (2008), 7–10.
8. Luo D.S. Suprapubic-assistant umbilical laparoendoscopic mini-dual-site surgery (SAU-LEMDS) in the treatment of kidney cyst: report of 26 cases /D.S. Luo, G.H. Liu, J.H. Mo// J X-Ray Sci Technol. 2013; 21(3):441–7.
9. Kilinc M. Percutaneous injection sclerotherapy with tetracycline hydrochloride in simple renal cysts / M. Kilinc, O. Tufan, S. Guven [et al.] // Int Urol Nephrol 2008, 40:609–613.
10. Hanna R.M. Aspiration and sclerotherapy of symptomatic simple renal cysts: value of two injections of a sclerosing agent / R.M. Hanna, M.H. Dahniya // AJR Am J Roentgenol 1996, 167:781–783.
11. Holmberg G. Significance of simple renal cysts and percutaneous cyst puncture on renal function / G.Holmberg, S.O. Hietala, K.Karp, L.Ljberg //Scand J Urol Nephrol 1994, 28:35–38.
12. Ohkawa M. Percutaneous injection sclerotherapy with minocycline hydrochloride for simple renal cysts / M. Ohkawa, S. Tokunaga, M. Orito [et al.]//Int Urol Nephrol 1993, 25:37–43.
13. Choi Y.D. Clinical experience of single-session percutaneous aspiration and OK-432 sclerotherapy for treatment of simple renal cysts: 1-year follow-up. / Y.D. Choi, W.S. Ham, W.T. Kim [et al.]// J Endourol 2009, 23:1001–1006.
14. Akinci D. Long-term results of single-session percutaneous drainage and ethanol sclerotherapy in simple renal cysts. / D. Akinci, O. Akhan, M. Ozmen [et al.]// Eur J Radiol 2005, 54:298–302.
15. Baysal T. Percutaneous treatment of simple renal cysts with n-butyl cyanoacrylate and iodized oil / T. Baysal, A. Soyulu // Diagn Interv Radiol 2009, 15:148–152.
16. Kim S.H. Cyst ablation using a mixture of nbutyl cyanoacrylate and iodized oil in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: the long-term results / S.H. Kim, S.H. Kim, J.Y. Cho // Korean J Radiol 2009, 10:377–383.
17. Yoo K.H. Simple renal cyst sclerotherapy with acetic acid: our 10-year experience / K.H. Yoo, S.J. Lee, S.H. Jeon // J Endourol 2008, 22:2559– 2563.
18. Seo T.S. Acetic acid as a sclerosing agent for renal cysts: comparison with ethanol in follow-up results. / T.S. Seo, J.H. Oh, Y. Yoon [et al.]// Cardiovasc Intervent Radiol 2000, 23:177–181.
19. Ham W.S. Comparison of multiple session 99% ethanol and single session OK-432 sclerotherapy for the treatment of simple renal cysts / W.S. Ham, J.H. Lee, W.T. Kim, H.S. Yu and Y.D. Choi// J Urol 180(6) (2008), 2552–2556.
20. Shaoa Q. Comparison of aspiration-sclerotherapy versus laparoscopic decortication in management of symptomatic simple renal cysts / Q. Shaoa, J. Xu, T. Adams//Journal of X-Ray Science and Technology 21 (2013) 419–428.
21. Bas O. Management of Renal Cysts /O. Bas, I. Nalbant, N.C. Sener, H. Firat [et al.] JSLS. 2015 Jan-Mar; 19(1).
22. Pinheiro T. Is It Safe and Effective to Treat Complex Renal Cysts by the Laparoscopic Approach? /T. Pinheiro, Jr., F. Sepulveda, R.H. Natalin [et al.]// JOURNAL OF ENDOUROLOGY Volume 25, Number 3, March 2011.
23. Liu Y.Q. Laparoscopic nephron-sparing surgery for treatment of complex cystic renal lesions /Y.Q. Liu, J. Lu, M. Chen, M. Lu, C.L. Xiao, Y. Huang, L.L. Ma //Beijing Da Xue Xue Bao. 2012 Oct 18;44(5):760–4.
24. Ferzli G. Extraperitoneal endoscopic pelvic lymph node dissection vs. laparoscopic lymph node dissection in the staging of prostatic and bladder carcinoma / G.Ferzli, A.Raboy, D.Kleinerman, P.Albert // J Laparoendosc Surg 1992; 2:219–22.
25. Porpiglia F. Retroperitoneal decortication of simple renal cysts vs decortication with wadding using perirenal fat tissue: results of a prospective randomized trial / F. Porpiglia, C. Fiori, M. Billia, J. Renard, A. Di Stasio, D. Vaccino [et al.] // BJU Int 2009;103:1532–6.
26. Раній А. Laparoscopic management of symptomatic simple renal cysts. Int Urol Nephrol 2004, 36:5–9.
27. Yu W. Flexible ureteroscopic management of symptomatic renal cystic diseases / W. Yu, D. Zhang, X. He, Y. Zhang, G. Liao, G. Deng, B. Jin //J Surg Res. 2015 Jun 1;196(1):118–23.
28. Yodoya M. Disappearance of Renal Cysts Included in Ice Ball During Cryoablation of Renal-Cell Carcinoma: A Potential Therapy for Symptomatic Renal Cysts? /M. Yodoya, T. Hiraki, T. Iguchi [et al.] JVIR June 2017 Volume 28, Issue 6, Pages 869–876.

Статья поступила в редакцию 01.09.17

Шановні читачі!

ДП «Преса» розпочинає передплату на журнал «Здоровье женщины» на 2018 рік

Передплату можна оформити за «Каталогом видань України»:

- у відділеннях поштового зв'язку
- в операційних залах поштамтів
- у пунктах приймання передплати
- на сайті ДП «Преса» www.presa.ua
- на сайті УДППЗ «Укрпошта» www.ukrposhta.ua

НАШ ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС: **74598**