

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОСТОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ КИСТЕ ПОЧКИ

Мамашакиров Анваржон Абдумухтор угли

Андижанский Государственный Медицинский институт

Хакимов Муминжон

Андижанский Государственный Медицинский институт

Для наложения пневмоперитонеума и установки рабочих портов при лапароскопическом хирургическом пособии потребовалось в среднем $7,1 \pm 1,7$ минуты, что на 59% быстрее, чем при люмбоскопической методике.

Средняя продолжительность операции с применением минидоступа сопоставима с таковой при люмбоскопической хирургической методике, что безусловно связано с техническими трудностями установки комплекта инструментов «миниассистент». Для формирования межмышечного доступа к забрюшинному пространству и установки комплекта инструментов «миниассистент» в среднем требуется $27,3 \pm 4,2$ минуты. Выделение же кисты, ее вскрытие, аспирация кистозного содержимого, иссечение стенок кисты до паренхимы почки, кистоскопия, коагуляция оставшихся стенок кисты и послойный шов операционной раны сопоставимо по времени с открытым хирургическим пособием.


Пропорционально времени, затраченному непосредственно на оперативное пособие, возрастает время пребывания пациента в наркозе.

Исключение составляет пункционный метод лечения, не требующий анестезиологического пособия.

В среднем продолжительность анестезии приблизительно на 5 минут превышает длительность операции. Данное время расходуется на интубацию больного, обработку операционного поля и экстубацию пациента. Как известно, длительное общее обезболивание значительно более негативно влияет на гомеостаз, нежели хирургическая травма, а риск анестезиологических осложнений возрастает пропорционально времени наркоза (Борисов А.Е. и др., 2000). Исходя из этого, наиболее «безопасными» в плане возможного развития анестезиологических осложнений являются лапароскопические и открытые хирургические методики.

Интраоперационная кровопотеря при пункционном методе лечения практически отсутствует. Незначительное кровотечение в ходе манипуляции возникает при операционном разрезе в предполагаемом месте вкола





пункционной иглы и при ранении мягких тканей в ходе достижения иглой полости кисты. В двух наблюдениях средняя кровопотеря при пункционном хирургическом пособии составила $14,3 \pm 3,2$ мл, что связано с повреждением в ходе пункции анатомических структур почки с развитием кровотечения в полость кисты.

Среди хирургических методик, выполняемых под общей анестезией, наименьшая кровопотеря регистрируется при лапароскопическом варианте операционного доступа. Кровопотеря в ходе лапароскопической операции на 64,5% меньше чем при люмбоскопическом хирургическом пособии, на 75,3% меньше, чем при операциях с применением минидоступа и в 5,8 раз меньше, чем при открытых операциях.

Относительно обильная кровопотеря при открытых операциях и при оперативном пособии с применением минидоступа в сравнении с эндовидеохирургическими методами лечения обуславливается необходимостью пересечения либо разведения наружной и внутренней косых мышц и поперечной мышцы живота с поперечной фасцией. Возникающее в ходе ранения мышечных волокон кровотечение составляет 88,3% от общей интраоперационной кровопотери в ходе открытых операций и оперативных пособий с применением минидоступа (при исключении ранения в ходе операции паренхимы почки, крупных артерий и вен). При этом кровопотеря в ходе названных хирургических методик имеет прямую зависимость от длины операционного разреза.


Объем интраоперационной кровопотери, как представляется, является индикатором тяжести хирургической травмы, получаемой пациентом в ходе оперативного лечения по поводу солитарной кисты почки.

Длительность постельного режима у пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу простых кист почек, возрастает пропорционально степени инвазивности оперативной методики.

Так, после пункции кисты с последующей склеротерапией длительность постельного режима составляет всего 1 час. Необходимость минимального постельного режима после пункционного хирургического пособия обусловлена риском возникновения аллергических реакций на применяемое анестезирующее вещество и риском кровотечения в полость кисты в раннем послеоперационном периоде.

Динамика величин артериального давления и уровня гормонов у пациентов с простыми кистами верхнего полюса почки до и после хирургического лечения





Пациенты (п = 23), страдающие кистозными поражениями верхнего полюса почки, осложненными артериальной гипертензией, объединены нами в подгруппу 2а.

Средний возраст больных составил $44,9 \pm 7,11$ лет (с диапазоном значений от 25 до 65 лет). Средний размер кистозного образования был равен $4,7 \pm 0,78$ см (с диапазоном значений от 3,8 до 6,2 см).

Все пациенты подгруппы 2а перенесли хирургическое лечение по поводу простой кисты почки. Основным показанием к оперативному пособию у названных больных послужило повышение цифр артериального давления и подозрение на симптоматическую нефрогенную артериальную гипертензию. Помимо высоких значений артериального давления у 11 пациентов отмечались ноющие боли в поясничной области на стороне патологического процесса.


Всем пациентам был выполнен обязательный стандартный предоперационный диагностический минимум, дополненный с дифференциальной целью в ряде наблюдений данными дополнительных малоинвазивных диагностических методик. Противопоказаний к операции ни у одного больного не отмечалось.

15 пациентам (65,2%) исследуемой подгруппы было выполнено пункционное хирургическое пособие, 4 больных (17,4%) перенесли лапароскопические операции, в 4 случаях (17,4%) были проведены эндовидеохирургические операции из люмбального доступа. Все пациенты удовлетворительно перенесли хирургическое лечение, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Повторная пункционная манипуляция вследствие стойкого возвращения кистозного образования к прежним размерам потребовалась 3 пациентам, перенесшим лечебную пункцию кисты со склеротерапией. После повторного хирургического вмешательства удалось добиться стойкого безрецидивного эффекта.

Основным критерием адекватности проведенного хирургического лечения у пациентов 2 группы наблюдения было снижение цифр артериального давления. Учитывая принятый в исследовании эквивалент эффективности хирургического лечения, в качестве специального исследования всем пациентам подгруппы 2а проводился мониторинг цифр артериального давления: исходное артериальное давление, за сутки до хирургического лечения, непосредственно во время операции, через 12 часов





и через сутки после операции; через 6 месяцев после оперативного лечения и через год после выполнения хирургического пособия.

Данные результатов мониторинга артериального давления приведены на рисунке 6. Наряду с мониторингом артериального давления всем пациентам подгруппы 2а проводилось радиоиммунное и хроматографическое определение в плазме крови уровня гормонов ренина, альдостерона и кортизола до лечения, во время операции, через 6 месяцев и через год после хирургического лечения. Данные результатов исследования гормонального профиля в сопоставлении с динамикой значений цифр артериального давления представлены в таблице 9.

Более наглядно динамика цифр артериального давления у больных простыми кистами верхнего полюса почки, осложненными артериальной гипертензией, в сопоставлении с динамикой уровней гормонов ренин - ангиотензиновой системы и надпочечников приведена на рисунке 7.


Как видно из таблицы 9 и рисунка 7, у пациентов подгруппы 2а (n = 23) имеется тенденция к снижению уровня ренина плазмы крови после выполнения оперативного пособия. Так, в отдаленном послеоперационном периоде наблюдается снижение значений данного гормона на 16,9%. Данный факт указывает на наличие ишемических процессов паренхимы почки, обусловленных негативным воздействием кистозного образования на окружающие ткани. Данные патологические изменения в определенной степени способствуют формированию симптоматической артериальной гипертензии у изучаемых больных.

Однако, после нивелирования компрессионного воздействия кистозного образования на ткани почки посредством различных методов хирургической коррекции данного заболевания и, как следствие, устранения патогенетического звена формирования симптоматической артериальной гипертензии, эффективность оперативного пособия согласно определяющим критериям зарегистрирована лишь у 9 пациентов подгруппы 2а (39,1%).

Среди перечисленных 9 больных в 3 наблюдениях отмечается снижение артериального давления более чем на 20 мм рт.ст., что в определенной степени повлияло на средние значения цифр артериального давления в отдаленном послеоперационном периоде.

При анализе динамики уровня альдостерона отмечается интраоперационный рост данного показателя на 6,9% и снижение уровня гормона через 6 месяцев и год на 4,8% и 13,6%) соответственно.





Подобное значение кортизола крови мы расцениваем как превышение среднего уровня нормы, особенно при учете одностороннего поражения почки и в отсутствии патологических изменений унилатерального и контралатерального кисте надпочечника.

Во время лечения средний уровень кортизола увеличивался на 6,1%), что ассоциируется нами с хирургическими манипуляциями на верхнем сегменте почки и, как следствие, интраоперационным воздействием на структуры надпочечника.

Подобное влияние на ткани данной железы исключается при перкутанной аспирационной пункции кисты со склеротерапией, что отражается в относительно незначительном суммарном приросте средних цифр уровня кортизола и альдостерона у пациентов подгруппы 2а во время пункционного оперативного пособия.

При исследовании уровня кортизола крови у пациентов подгруппы 2а отмечается значительное снижение уровня этого гормона через 6 месяцев и через год после оперативного пособия. В частности, через полгода после операции зарегистрировано снижение средних цифр кортизола на 8,1%, а через год - на 16,6%.


Перечисленные данные позволяют рассматривать в качестве дополнительного морфологического субстрата развития симптоматической артериальной гипертензии у пациентов, страдающих кистозными поражениями верхнего полюса почки, вовлечение в патологический процесс анатомических структур надпочечника.

Надпочечники - парный орган, лежащий спереди и немного медиальнее верхнего сегмента почки, что обуславливает высокий риск повреждения анатомических элементов надпочечника во время манипуляций на верхнем полюсе почки и при патологических процессах этой же локализации (Шевченко Ю.Л. и др., 2002).

Неблагоприятным фактором, воздействующим на структурные элементы надпочечника, является, как представляется, компрессионное воздействие кистозного образования на ткани железы.

В ответ на физическое воздействие, надпочечники начинают синтезировать гормоны симпатoadреналовой системы, обладающих прямым сосудосуживающим действием, кортизол и альдостерон, также играющий немаловажную роль в поддержании повышенных цифр артериального давления (Салынов А.В., 2006).





Следовательно, формирование артериальной гипертензии при кистах верхнего полюса почки связано с анатомо-топографическим расположением кисты относительно надпочечника. Учитывая этот факт, логично предположение, что локализация жидкостного образования по передней поверхности верхнего сегмента почки и немного медиальнее обуславливает наиболее интимный контакт кисты со структурами железы, что вызывает более выраженную компрессию надпочечника (рисунок 8).

Динамика величин артериального давления и уровня гормонов у пациентов с простыми кистами нижнего полюса почки до и после хирургического лечения

Пациенты (п =37), страдающие кистозными поражениями нижнего полюса почки, составляют подгруппу 2в наблюдения.


Средний возраст больных составил $45,7 \pm 5,74$ лет, с диапазоном значений от 37 до 63 лет. Кистозные образования подобной локализации были наиболее крупными в диаметре в сравнении с простыми кистами верхнего полюса и среднего сегмента почки. Средний размер симптоматической кисты нижнего полюса почки был равен $8,3 \pm 1,43$ см, с диапазоном значений от 4,5 см до 12,5 см.

Большой средний объем жидкостного образования нижнего полюса почки обуславливает и наличие характерных клинических проявлений данной патологии в виде пальпируемого образования в проекции пораженной почки в сочетании с артериальной гипертензией у 10 пациентов. У 3 больных одновременно регистрируются ноющие боли в поясничной области на стороне патологического процесса, симптоматическая артериальная гипертензия и пальпируемое образование в подвздошной области на стороне кисты. В 19 наблюдениях было подозрение на моносимптомную нефрогенную артериальную гипертензию, обусловленную наличием кисты, а в 5 случаях отмечается сочетание нефрогенной артериальной гипертензии и болевого синдрома.

Все пациенты прошли плановое стандартное предоперационное обследование, противопоказаний к оперативному лечению в подгруппе пациентов 2в не отмечено.

Всем пациентам с целью коррекции артериальной гипертензии было выполнено хирургическое лечение по поводу простой кисты почки. В 4 случаях было проведено иссечение свободной стенки кисты из люмбоскопического доступа, 6 пациентов перенесли лапароскопические операции. В 26 наблюдениях, с учетом «качественных» морфологических





характеристик кистозного образования, произведена перкутанная аспирационная пункция кисты с последующей склеротерапией 96% раствором этилового спирта.

Рецидивы заболевания зарегистрированы в 4 наблюдениях после пункционного хирургического пособия у пациентов с крупными кистами нижнего полюса почки. Данным больных выполнены лапароскопические операции, после которых рецидивов кисты не отмечено.

Следует отметить, что в 8 наблюдениях лечебная пункция кисты сопровождалась последующим дренированием жидкостного образования посредством установки в полость кисты J-образного катетера типа "Pigtail" с последующей повторной склеротерапией.

Одновременно с этим, результаты дополнительных методов исследований указывают на нарушение у 15 больных до операции адекватного пассажа мочи по верхним мочевым путям, которое проявляется в виде замедления эвакуаторной функции почки по данным радиоизотопной ренографии и внутривенной экскреторной урографии. У 7 пациентов на стороне патологического процесса отмечается пиелозктазия, связанная с компрессионным воздействием кисты на мочеточник.

Данные нарушения уродинамики, зарегистрированные в ходе исследования у пациентов подгруппы 2в (n=37) предрасполагают к формированию хронического воспалительного процесса почки на стороне кистозного образования, что проявляется клиникой хронического пиелонефрита в фазе латентного воспаления на стороне простой кисты почки у 15 больных подгруппы наблюдения 2в (40,5%), подтвержденной данными лабораторных методов исследования.

С целью оценки эффективности хирургического лечения в плане коррекции артериальной гипертензии всем пациентом проводился мониторинг цифр артериального давления в динамике: исходное артериальное давление, за сутки до хирургического лечения, непосредственно во время операции, через 12 часов и через сутки после операции; через 6 месяцев после оперативного лечения и через год после выполнения хирургического пособия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // Урология. 1999. № 5. С. 44–47.
2. Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Гаджиева З. К. Расстройства мочеиспускания. М.:





Литтерра, 2006. 3. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Взаимосвязь восстановления функции удержания мочи и эректильной функции у пациентов после нервосберегающей радикальной позадилоной простатэктомии // Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. 2011. С. 63–64. 4. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Динамика восстановления удержания мочи у пациентов после радикальной позадилоной нервосберегающей простатэктомии // Онкоурология. 2011. № 2. С. 64–68. 5. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Особенности восстановления функции удержания мочи после нервосберегающей радикальной простатэктомии // Лечебное дело. 2011. № 2. С. 87–93. 6. Велиев Е.И., Петров С. Б. Практическая онкоурология: избранные лекции / Под ред. А. В. Воробьева и др. СПб.: Центр ТОММ, 2008. 7. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т. Применение теразолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря у пожилых женщин // Урология. 2006. № 5. С. 63–71. 8. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т., Ефимова В. В. Применение теразолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря и ургентной инконтиненции у пожилых женщин // Рус. мед. журн. 2005. Т. 13. № 9. С. 2–3. 9. Данилов В. В., Вольных И. Ю., Абдуллаева С. К., Данилова Т. И. Комбинированное лечение расстройств мочеиспускания у женщин м-холинолитиком в сочетании с альфа1-аденоблокатором // Урология. 2004. № 3. С. 49–52. 10. Данилова Т.И., Петров С.Б., Данилов В.В. Недержание мочи при напряжении и α 1-адреноблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2010. № 4. С. 42–48

