

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОСТОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ КИСТЕ ПОЧКИ

Мамашакиров Анваржон Абдумухтор Угли

Андижанский Государственный Медицинский институт

Хакимов Муминжон

Андижанский Государственный Медицинский институт

ПКП обуславливает развитие болевого синдрома, гематурии, симптоматической артериальной гипертензии (САГ), уростаза в верхних мочевых путях, что приводит к нарушению функции почки на стороне патологического процесса, появлению специфических симптомов, укладывающихся в самостоятельные нозологии (гидронефроз, хронический пиелонефрит и др.) (Лопаткин Н.А., Шевцов И.П., 1986; Аль-Шукри С.Х., Иванов А.О., Сапелкин А.В., 1999; Аль-Шукри С.Х., Антонов А. В., Ишутин Е. Ю, 2010; Ватазин А. В., 2010; Guttman Ch. et al., 2012).

В 20% случаев под воздействием ПКП формируется САГ, которая плохо поддается медикаментозному лечению и является фактором риска развития ишемической болезни сердца, внезапной смерти, инфаркта миокарда, цереброваскулярных заболеваний, мозгового инсульта (Ватазин А.В., 2010; Steg A., 1975).

Анализ специальной литературы не отражает в полной мере патогенетических особенностей формирования САГ у больных ПКП, что определяет необходимость дальнейшего изучения механизмов формирования САГ и ее этиологической зависимости от уровней гормонов ренин-ангиотензиновой системы почки, коры надпочечников и топографии ПКП.

Единственным эффективным способом лечения кистозных поражений почечной паренхимы является оперативное вмешательство (Аляев Ю.Г., 2007; Tuncel A. et al., 2011). В лечении больных ПКП применяется широкий спектр оперативных методик. Каждый из методов лечения ПКП имеет свои преимущества и недостатки, что определяет объективную необходимость сравнения данных оперативных методик с позиции рациональности и целесообразности их применения в рутинной клинической практики. Одновременно с этим необходим активный поиск путей снижения рецидивов ПКП после проведенного лечения, что особенно актуально при миниинвазивных вмешательствах, например, пункционных методах лечения ПКП (Степанов В.Н., Теодорович О.В., 1997).

Цель исследования:

Улучшить результаты лечения больных простыми симптоматическими кистами почек путем выбора оптимального метода оперативного пособия.

Задачи исследования:

1. Провести комплексную сравнительную оценку основных методов лечения кист почек.

2. Изучить результаты перкутанной аспирационной лечебной пункции солитарной кисты почки с последующей склеротерапией 96% раствором этилового спирта в зависимости от морфологических особенностей строения кистозного образования.

3. Провести исследование ренин - ангиотензиновой системы почки, гормонов надпочечников и мониторинг артериального давления до, после оперативного лечения, в отдаленном послеоперационном периоде.

4. Сопоставить результаты изучения уровней гормонов ренин-ангиотензиновой системы почки и коры надпочечников с динамикой артериального давления и с локализацией солитарных кист почки.

Научная новизна:

На основании изучения зависимости эффективности перкутанной пункции ПКП со склеротерапией 96% этиловым спиртом от морфологических характеристик кисты: размер кисты, толщина стенок кисты, однородность содержимого кисты, многокамерное строение кисты, - определены относительные и абсолютные противопоказания к лечебной пункции кисты со склеротерапией 96% этиловым спиртом, позволяющие снизить удельный вес неэффективных манипуляций. Изучение динамики уровней гормонов ренина, кортизола, альдостерона крови у больных ПКП, осложненными САГ, позволило сделать вывод о приоритетной роли гормонов ренин-ангиотензиновой системы почки в формировании артериальной гипертензии, ассоциированной с ПКП. На основании сопоставления топографии ПКП и динамики уровней исследуемых гормонов в совокупности с лабораторными и инструментальными методами исследования, выявлен факт участия в патогенезе САГ помимо ренин-ангиотензиновой системы почек анатомических структур надпочечника при локализации кист в верхнем полюсе почки.

Разработан и внедрен в урологическую практику дифференциально-диагностический алгоритм ведения больных ПКП, осложненными САГ, позволяющий снизить количество неэффективных оперативных пособий.

Практическая значимость

Нами рекомендован оптимальный миниинвазивный и, в тоже время, высокоэффективный способ оперативного лечения ПКП, определенный исходя из основных исходных характеристик ПКП, техники операции и

особенностей послеоперационного периода. Показана приоритетная роль чрезкожной лечебной пункции кисты в лечении ПКП. Изучена взаимосвязь эффективности пункционного пособия с морфологическими характеристиками жидкостного образования, что позволяет более дифференцированно ставить показания к миниинвазивному пункционному оперативному пособию и избежать в ряде случаев неэффективных манипуляций. Изучение топографии ПКП в сопоставлении с уровнем гормонов ренин - ангиотензиновой системы почки и гормонов коры надпочечников позволило выявить характерные для ПКП различной локализации изменения состояния уровней гормонов ренина, альдостерона, кортизола.

Основные положения, выносимые на защиту:

Чрезкожная аспирационная пункция кисты с последующей склеротерапией 96% раствором этилового спирта – эффективный метод оперативного лечения простых кист почек, выгодно отличающийся наименьшей продолжительностью вмешательства, малой кровопотерей, проводимый без общего обезболивания и характеризующийся наименьшим временем пребывания больного в стационаре и коротким реабилитационным периодом. Основной недостаток метода – высокий удельный вес рецидивов простой кисты почки после проведенного пункционного пособия.

Эффективность пункционного пособия зависит от морфологических характеристик кистозного образования, таких как размер кисты, толщина стенок кисты и однородность кистозного содержимого.

В случаях, когда имеются абсолютные противопоказания к лечебной пункции кисты, либо при неэффективности пункционного вмешательства, методом выбора лечения простой кисты почки является лапароскопическая операция. При подозрении на нагноение кисты, при высоком риске тромбоэмболических осложнений, при локализации кисты по заднебоковой поверхности почки показана эндоскопическая операция из люмбоскопического доступа. Подозрение на малигнизацию кисты – показание к открытому оперативному вмешательству.

Симптоматическая артериальная гипертензия при кистах среднего и нижнего сегментов почки формируется по паренхиматозному типу. При кистах верхнего полюса почки в патогенезе симптоматической артериальной гипертензии, наряду с гормонами ренин-ангиотензиновой системы почки, участвуют анатомические структуры коры надпочечников.

Внедрение в практику

Результаты клинических исследований и разработанный лечебный алгоритм внедрены в практику городского и областного урологических отделений ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» г. Рязань, в работу ГБУ РО «Городская поликлиника №11», ГБУ РО «Городская поликлиника №14».

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 3 – в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Оперативное пособие является единственным эффективным способом лечения кистозных поражений почек (Возианов А.Ф., 1988; Ибрагимов В.М., 1989; Ба У.Р., 1996; Ахметов Н.Р., 2000; Нусратуллоев И.И., 2011 Chung В.Н. et al., 2000; Tuncel A., Aydin O., Balci M., et al., 2011 и др.). При определении показаний к хирургическому лечению простой кисты почки, большинство авторов руководствуется наличием у пациента клинических проявлений заболевания, таких как боль, гематурия, нефрогенная артериальная гипертензия, прогрессирующее нарушение почечных функций, нарушение уродинамики в верхних мочевых путях, острый и рецидивирующий хронический вторичный пиелонефрит, прогрессирующее увеличение размеров кисты, подозрение на малигнизацию кисты либо ее нагноение (Игнашин КС, Мартов А.Г., 1982 и др.).

По мнению большинства исследователей, жидкостные образования по типу солитарной кисты небольших размеров (до 4-5 см), не вызывающие какой-либо клинической симптоматики, при отсутствии подозрений на малигнизацию, не требуют оперативного лечения (Маратов А.Г., 1993; Amis E.S., 1988). Хирургическое лечение таких кистозных образований может оказать большее негативное воздействие на паренхиму и анатомические структуры почки, нежели чем сама киста (Аляев Ю.Г. и др., 2007). Пациентов с кистами подобного рода рекомендуется наблюдать.

В доказательство обоснованности тактики динамического наблюдения пациентов, страдающих кистозными поражениями почек, Ю.Г. Аляев и др. (2007) приводит результаты динамического наблюдения и обследования 293 пациентов, имеющих небольшие жидкостные образования почечного синуса либо паренхимы почки. Показания к динамическому наблюдению были следующими: неосложненные простые кисты почек максимальным размером до 4-5 см, не вызывающих гемодинамических нарушений в почке; отсутствие клинических симптомов, интратенальная локализация кистозного образования вне зависимости от его размеров и клинической симптоматики. Всем пациентам, находящимся под наблюдением, 1 раз в 6 месяцев выполнялось контрольное ультразвуковое исследование почек. При

увеличении кисты более 5 см и появлении клинических симптомов, проводилась лечебная пункция кисты с опорожнением ее содержимого, цитологическим исследованием кистозной жидкости и последующей склеротерапией. По результатам проведенных наблюдений авторы сообщают, что показания для пункционного лечения жидкостного образования почки появились только у 20 пациентов (6,8%). Предоставленные авторами факты доказывают обоснованность тактики динамического наблюдения у данной когорты больных.

При наличии показаний к хирургическому удалению простых кист почек перед врачом встает задача выбора наиболее рационального метода оперативного вмешательства, позволяющего путем нанесения минимальной хирургической травмы достичь выгодных условий для выполнения основного оперативного приема и получить хорошие отдаленные результаты лечения.

В настоящее время существует несколько способов хирургического лечения кистозных образований почек: открытая операция, перкутанная аспирационная пункция кисты почки с введением склерозирующих веществ, эндоскопические хирургические вмешательства, операции с применением минилапаротомной техники (Борисов И.В. и др., 1994; Ахметов Н.Р., 2000; Захматов Ю.М., Трофимов К.С., 2002; Зенков С.С. и др., 2003; Оловянный В.Е. и др., 2004; Иванов Ю.В. и др., 2009; Choi Y.D., 2009; Guttman Ch., 2012 и др.). При выборе метода хирургического пособия необходимо учитывать и такие факторы, как возраст пациента, длительность диспансерного наблюдения, сопутствующие интеркурентные заболевания у больного, а также его психоэмоциональный статус (Зенков С.С., Захматов Ю.М., Трофимов К.С., 2003).

Наиболее безопасным и достаточно эффективным способом хирургического лечения простых кист почек многие авторы считают пункционную методику в различных модификациях (Лопаткин Н.А., 1998; Нечипоренко Н.А. и др., 2000; Смирнов О.В., 2000; Choi Y.D., 2009 и др.). Метод обладает малой травматичностью, не требует анестезиологического пособия и сравнительно прост в выполнении (Аляев Ю.Г. и др., 2007).

Чрескожная пункция кисты почки как метод хирургического лечения кистозных образований почек известен уже более 40 лет. Существует два вида пункционных операций: лечебно-диагностическая пункция кисты и пункция со склеротерапией (Зенков С.С. и др., 2003).

Пункция кисты в качестве диагностической манипуляции в настоящее время имеет ограниченное применение, так как исследование содержимого кисты не имеет абсолютной достоверности и должно сопоставляться с

данными дополнительных методов исследования. В подтверждение вышесказанному, приводится работа E. Amis, J. Cronan (1988), в которой авторы изучили результаты 16000 пункций кист почек с последующим цитологическим исследованием содержимого кисты. Данные, приведенные авторами, указывают, что в 50% случаев, при подтвержденном диагнозе злокачественного образования в полости кисты, атипичные клетки в пунктате не определялись.

Таким образом, данный метод сохраняет свою диагностическую ценность при неясном клиническом диагнозе, когда все дополнительные малоинвазивные диагностические методики оказались неинформативными. Применяемая ранее техника пункционного лечения кист почек с аспирацией содержимого кисты без последующей склеротерапии оценивается в литературе, как малоэффективная, и характеризуется частыми рецидивами (80 - 100%) (Игнашин Н.С., 1989). Данный факт объясняется тем, что однократное опорожнение кисты без введения склерозанта не устраняет образование в последующем жидкости в полости кисты, что способствует рецидиву заболевания (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982).

Низкая эффективность чрескожной пункции кисты без применения склеротерапии послужила поводом к разработке более радикальных методов терапевтического характера. В настоящее время основным методом пункционного лечения кистозных образований почек является перкутанная пункция кисты с последующим склерозированием ее стенок (Оловянный В.Е. и др., 2004; Захматов Ю.М. и др., 2005 и др.). Под контролем ультразвукового датчика или рентгенологическим контролем содержимое кисты опорожняется посредством пункции с последующим введением в ее полость склерозирующих веществ (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982; Захматов Ю.М., Трофимов К.С., 2002; Зенков С.С. и др., 2003 и др.).

В специальной литературе в качестве склерозантов упоминаются: раствор фенола, 40%) раствор глюкозы, липидол, аутокровь, раствор Люголя, миноциклин, раствор урографина, висмут-фосфат, цианокрилатный клей, раствор тетрациклина, пропилидон, 70% и 96% растворы этанола, варикоцид и т.д. (Ибрагимов В.Ш., 1989; Holmberg G., 1992; Brunken C, 2002; Choi Y.D. et al., 2009). Количество вводимого в полость кисты склерозирующего вещества составляет 1/2 либо 1/3 объема эвакуированной кистозной жидкости, но не более 500 мл (Ба У.Р. и др., 1996).

Мнения исследователей по поводу выбора оптимального склерозирующего вещества неоднозначны. Так, R. Наппа и M. Dahnija

(1996) в своей работе использовали 40% раствор глюкозы и этоксилсклерола. После склеротерапии, спустя 12 месяцев, авторы отмечают полную ликвидацию кисты у 63% пациентов, уменьшение кисты в объеме не менее чем на 50% у 31% пациентов; отсутствует эффект у 6% больных. Японские ученые высказывают мнение о высокой эффективности моноциклина гидрохлорида в качестве склерозирующего агента (цит. по: Захматов Ю.М., Трофимов К.С, 2002).

Большинство же исследователей признают наиболее эффективным веществом для склерозирования стенок кисты раствор этилового спирта в 96% концентрации (Ба У.Р., Уренков СБ., 1996; Зенков С.С. и др., 2003; Аляев Ю.Г. и др., 2007 и др.).

Механизм действия этилового спирта обусловлен непосредственным цитодеструктивным действием этанола на эпителиальную выстилку кистозного образования. Уже через 1-3 минуты воздействия этилового спирта на эпителиоциты, последние становятся нежизнеспособными и теряют возможность синтезировать кистозную жидкость. Более продолжительная экспозиция этилового спирта в полости кисты приводит к более выраженным повреждениям ее эпителиальной выстилки и, как правило, к меньшему количеству рецидивов (Захматов Ю.М., Трофимов К.С, 2002).

Сравнительная оценка примененных в исследовании хирургических методов лечения кистозных заболеваний почек (собственные исследования)

Нами проведена детальная сравнительная оценка методов хирургического лечения простых кист почек. Основными критериями для сравнительного анализа оперативных пособий, применяемых для лечения солитарных кист почек, были обозначенные выше характеристики операции и послеоперационного периода. Данные результатов проведенного исследования представлены в таблице 7.

Летальных исходов среди оперированных по поводу простых кист почек пациентов «основной» группы наблюдения (n = 248) зарегистрировано не было. Время хирургического пособия рассчитывалось нами с момента операционного разреза до наложения последнего шва.

Наиболее длительным хирургическим методом лечения простых кист почек является эндовидеохирургическое оперативное пособие из люмбоскопического доступа. Среднее время подобной операции составило $87,7 \pm 9,2$ минуты, что на 78,1% дольше, чем при пункционном методе лечения, на 39,2% продолжительней лапароскопической операции, на 17,8% превышает время, затраченное на операцию с применением минидоступа и на 30,1% длиннее классической открытой операции.

Данный факт объясняется тем, что в среднем $17,3 \pm 3,1$ минуты потребовалось для создания рабочей полости, установки манипуляционных портов и наложения ретропневмоперитонеума, в том числе 5-7 минут занимает минимальная экспозиция баллонного дилататора в забрюшинном пространстве. Также, ввиду отсутствия четких анатомических ориентиров, более продолжительным в сравнении с другими оперативными приемами, выполняемыми под общим обезболиванием, являлся этап мобилизации кисты. Время, затраченное на выделение кистозного образования, в среднем заняло $30,7 \pm 6,37$ минут.

Для выполнения пункции кистозного образования с последующей склеротерапией 96% раствором этанола необходимо $19,2 \pm 2,9$ минуты, что значительно меньше, чем время, затраченное на любое из хирургических пособий под эндотрахеальным наркозом.

Примечательно, что лапароскопические хирургические пособия, выполненные нами в ходе исследования, по своей длительности оказались на 13,1% ($M = 8$ минут) менее продолжительными, чем классические открытые операции. Данный факт связан с отсутствием необходимости пересечения обширных мышечных масс переднебоковой стенки живота с последующим их сшиванием и накоплением значительного опыта лапароскопических операций в уронефрологическом центре.

Операционный доступ к забрюшинному пространству и непрерывный шов мышц переднебоковой стенки живота при открытой хирургической технике потребовал от оперирующего хирурга в среднем $28,5 \pm 5,9$ минут. Время, затраченное на доступ к забрюшинному пространству, гемостаз и шов послеоперационной раны, находится в прямой взаимосвязи от комплекции пациента.

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 позадилонопростатэктомии // 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 позадилононервосберегающей 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 $\alpha 1$ -адреноблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2010. № 4. С. 42–48