

ОБЗОРЫ, ДИСКУССИИ

© Черенков А.А., 2012
УДК 611.94-055.2

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

А.А. Черенков

ГБУРО «Городская клиническая больница №11», г. Рязань

В статье представлен краткий обзор специальной литературы, касающийся проблемы выбора оптимального способа хирургического лечения простых кист почек.

Ключевые слова: кисты почек, хирургическое лечение.

Кистозная дегенерация почечной паренхимы является одной из самых распространенных патологий верхних мочевых путей [24]. По данным Н.А. Лопаткина и Е.Б. Мазо (1982) кисты почек выявляются у 3% всех урологических больных старше 18 лет, что в определенной степени объясняется возрастающей доступностью в клинической практике таких высокоинформативных методов диагностики, как ультразвукография почек, КТ, МРТ [15].

Единственным эффективным способом лечения кистозных поражений почечной паренхимы является оперативное вмешательство [18].

При определении показаний к хирургическому лечению простой кисты почки, большинство авторов руководствуется наличием у пациента клинических проявлений заболевания, таких как боль, гематурия, нефрогенная АГ, 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 [12,18].

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.

На настоящий момент предложено множество способов хирургического лечения кистозных образований почек: открытая операция, перкутанная аспирационная пункция кисты почки с введением склерозирующих веществ, эндоскопические хирургические вмешательства, операции с применением минолапаротомной техники [4,7,10,16,21].

Наиболее безопасным и достаточно эффективным способом хирургического лечения простых кист почек многие авторы считают пункционную методику в различных модификациях [17,20,23]. Метод обладает малой травматичностью, не требует анестезиологического пособия и сравнительно прост в выполнении [1].

Противопоказания к применению пункционной методики для лечения кистозных образований почек немногочисленны: терминальная стадия ХПН, нарушение свертывающей системы крови, риск повреждения крупных магистральных сосудов, перипельвикальное расположение кисты [27].

Осложнения от пункционного лечения кистозных заболеваний почек в силу малой травматичности методики наблюдаются редко. Среди грозных осложнений данной манипуляции в литературе указы-

ваются: пневмоторакс с частотой 1,4% случаев, развитие паранефрального абсцесса, кровоизлияния в кисту, повреждение паренхимы почки, паранефральная гематома. Легкие осложнения в виде боли и гематурии после пункционного лечения кистозного образования отмечались исследователями в 10% наблюдений [10].

Однако, несмотря на все достоинства, пункция кистозного образования с последующей склеротерапией является не достаточно радикальной лечебной методикой. Рецидивы после лечебной пункции кисты возникают относительно часто. Так, по данным В.Е. Жолобова с соавт. (2004), рецидив кисты почки после выполнения пункции и проведения склеротерапии 96% раствором этанола возникал почти у ¼ части больных (22%), а по данным собственных исследований простые кисты почек рецидивируют в 28,3% наблюдений.

Гораздо более эффективным по сравнению с пункционным методом лечения является традиционное полостное хирургическое вмешательство [18].

Надежным и высокоэффективным способом хирургического лечения кистозных заболеваний почек, независимо от их локализации, является открытое хирургическое вмешательство на пораженной почке из люмботомического доступа [18]. Подобного мнения придерживается определенная группа исследователей до настоящего времени. В качестве обоснования данной хирургической техники приводится целый ряд аргументов: возможность профилактики симптоматической гипертонии, устранение возможности разрыва кисты после пункции, профилактика неуправляемой макрогематурии и послеоперационной атрофии паренхимы почки у пациентов молодого и среднего возраста [18]. Вместе с тем, хорошая визуализация операционного поля позволяет с высокой вероятностью выявить нераспознанные во время диагностических мероприятий злокачественные поражения стенки кисты и предпринять соответствующие коррективы в ходе операции [8].

Помимо этого, метод открытого хирургического лечения кистозных образо-

ваний почки хорошо освоен хирургами и урологами в силу частого использования люмботомического доступа при различных заболеваниях органов брюшинного пространства [31].

Основным недостатком, ограничивающим широкое применение открытого оперативного вмешательства из люмботомического доступа, является высокая травматичность методики. Травматичность метода обусловлена прежде всего большим количеством мышечной ткани, пересекаемой хирургом при выполнении доступа в брюшинное пространство. К тому же, с доступом связаны и такие возможные осложнения, как вентральная грыжа, нагноение послеоперационной раны и т.д. [10].

Появившиеся новые эффективные эндоскопические методы лечения простых кист почек позволяют в значительной мере пересмотреть и сузить показания к открытой операции из люмботомического доступа [5,11].

На сегодняшний день видеоскопическая хирургия постепенно вытесняет классические открытые оперативные методики и составляет серьезную конкуренцию пункционной технике лечения кистозных поражений почек [13,19].

В эндоскопической хирургии органов брюшинного пространства принято выделять три доступа: трансабдоминальный (лапароскопический), транслумбальный (люмбоскопический) и трансторакальный. Последний, в силу ряда объективных причин пока не нашел широкого применения в клинической практике [10].

Оперативные пособия из лапароскопического доступа, имея неоспоримые преимущества перед открытыми операциями, становятся обыденным явлением в рутинной клинической практике и повсеместно применяются при лечении различных заболеваний почек, в том числе и при лечении злокачественных опухолей почки и почечной лоханки [22,28].

Однако выполнение лапароскопического хирургического пособия, несмотря на малую травматичность, высокую эффективность и косметическую состав-

ляющую метода, сопряжено с высоким риском развития ряда интраоперационных осложнений. Данный факт связан с такими техническими особенностями лапароскопической хирургии, как отсутствие трехмерной визуализации анатомических структур, отсутствие возможности для мануальной пальпации органов и тканей, с существующим риском повреждения полых органов брюшной полости во время установки видеопорта и возможным развитием перитонита и спаечного процесса и др. [10].

Кроме того, при трансабдоминальном лапароскопическом доступе к органам забрюшинного пространства, создаются условия для бактериальной контаминации брюшины либо опухолевого обсеменения брюшинной полости во время вскрытия кистозного образования почечной паренхимы [21].

Высокий риск развития тяжелых осложнений при выполнении лапароскопического хирургического пособия связан также с необходимостью длительного наложения карбоксипневмоперитонеума [2,6,32]. Повышенное давление газа в брюшной полости создает предпосылки для возможной газовой эмболии. Попадание газа в кровоток происходит при ранении сосудов иглой Вереща, через поврежденные в ходе операции артерии и вены и через открытый печеночный синус [26].

Интраоперационными осложнениями в лапароскопической хирургии, связанными с наличием пневмоперитонеума, являются также пневмоторакс и пневмомедиастинум. Газ в плевральную полость попадает при повреждениях диафрагмы либо при наличии больших диафрагмальных грыж. Другая причина этих осложнений – разрыв кист или булл легкого при форсированном вдохе [30].

Повышение давления углекислого газа в брюшной полости вызывает компрессию нижней полой вены, что ведет в свою очередь к нарушению венозного возврата и застою крови в нижних конечностях [29]. Венозный стаз и длительное депонирование крови в нижних конечностях являются непосредственными факто-

рами риска развития тромбоза глубоких вен бедра и голени с последующей возможной тромбоэмболией легочных артерий [2,6,32].

Таким образом, из-за высокого риска развития тяжелых осложнений лапароскопические операции на органах забрюшинного пространства, несмотря на все свои достоинства, с осторожностью применяются у пациентов, имеющих множественные интеркурентные заболевания.

По мнению ряда авторов, все недостатки, присущие лапароскопическому методу лечения кистозных образований почки, практически полностью отсутствуют при выполнении эндовидеохирургического пособия из люмбоскопического доступа [3,9,10,21].

Методика иссечения кисты из люмбального эндоскопического доступа представляется весьма перспективным направлением в оперативной урологии в силу малой травматичности доступа, из-за отсутствия непосредственного контакта с органами брюшинной полости, что имеет профилактическое значение для бактериального и опухолевого обсеменения брюшины. Одновременно с этим, рыхлая клетчатка забрюшинного пространства обладает способностью абсорбировать излившееся кистозное содержимое, что немаловажно для предупреждения развития рецидивов кисты [10], а отсутствие необходимости наложения пневмоперитонеума при люмбальных эндоскопических операциях в значительной мере снижает риск развития эмболических осложнений в сравнении с лапароскопическим доступом.

Тем не менее, эндовидеохирургические операции из люмбального эндоскопического доступа не лишены своих недостатков. Основным негативным фактором люмбоскопического хирургического лечения кистозных образований почек является значительно большее время пребывания пациента в наркозе в отличие от сравниваемых выше видов оперативных пособий [21]. Данный факт объясняется необходимостью применения дилататора для установки рабочих портов, отсутстви-

ем привычных анатомических ориентиров при малой рабочей полости в забрюшинном пространстве [10]. По данным В.Л. Медведева (2002) продолжительность лапароскопической операции в среднем составляет от 30 до 50 минут, а операции из люмбоскопического доступа по данным Ю.М. Захматова с соавт. (2002) занимают не менее 90 минут.

Длительное пребывание пациента в наркозе оказывает значительно большее негативное воздействие на гомеостаз нежели хирургическая травма, а риск анестезиологических осложнений нарастает пропорционально времени анестезии [7].

Учитывая вышесказанное, многообещающей представляется работа Н.Р. Ахметова (2000), посвященная использованию минилапаротомной техники для хирургического лечения кистозных заболеваний почек. Автором сообщается об успешном применении минидоступа для операций на органах забрюшинного пространства. Подобная методика дает хороший интраоперационный обзор, возможность использовать хорошо знакомые приемы классической урологии в сочетании с меньшей хирургической травмой, чем при стандартной люмботомии. Наряду с этим, при применении минилапаротомной техники расширение операционного поля при возникшей необходимости осуществляется технически весьма просто – продлением линии разреза [4].

Тем не менее, минилапаротомная методика по литературным данным не нашла широкого применения в хирургической практике. Связанно это вероятнее всего с недостатком специального оборудования для подобной оперативной техники.

В тоже время, ряд авторов считает нецелесообразным применять минидоступ для лечения кистозных образований почек, так как при сравнительно небольшом выигрыше в размерах операционной раны, существует опасность развития тяжелых осложнений и пролонгирования времени пребывания пациента в стационаре [1].

Обобщая изложенное, можно сделать вывод, что определенной стандартной тактики при выборе метода оператив-

ного лечения кистозных заболеваний почек на данный момент не существует, так как работы большинства исследователей посвящены изучению и совершенствованию какого-либо определенного метода хирургического устранения простой кисты почки, являющегося, по мнению данных авторов, приоритетным.

Отсутствие четких алгоритмов выбора способа оперативного вмешательства обуславливает необходимость сравнения всех существующих хирургических методик с позиции целесообразности их применения в рутинной клинической практике.

Литература

1. Аляев Ю.Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек и забрюшинного пространства / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Т.Г. Маркосян. – Смоленск: Маджента, 2007. – 160 с.
2. Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии – современное состояние проблемы / Е.М. Левитэ [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 2. – С. 48-54.
3. Антонов А.В. Эндовидеохирургические операции на почках и мочеточниках ретроперитонеальным доступом: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Антонов. – СПб., 1999. – 20 с.
4. Ахметов Н.Р. Хирургическое лечение солитарных кист почек: дис... канд. мед. наук / Н.Р. Ахметов. – Уфа, 2000. – 161 с.
5. Баев В.А., Зильберман М.Н. // Актуальные вопросы конструктивной и восстановительной хирургии. – Иркутск, 1989. – Ч. 2. – С. 338-339.
6. Белопухов В.М. Особенности обезболивания в эндохирургии / В.М. Белопухов, И.В. Федоров, И.М. Шаймуратов. – Казань: Изд-во КГУ, 1996. – 24 с.
7. Применение эндовидеохирургического доступа при урологических операциях / А.Е. Борисов [и др.] // Пленум правления российского общества урологов: материалы (Саратов, 15-17 сент. 1998 г.). – М., 1998. – С. 39-40.
8. Горюловский Л.М. Оперативное лечение урологических заболеваний в по-

- жилом и старческом возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.М. Горилловский. – М., 1984.
9. Жолобов В.Е. Место эндовидеохирургии в лечении больных с простыми и парапелвикальными кистами почек / В.Е. Жолобов, Ю.А. Иогансен, С.К. Сыздыков // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 2. – С. 33-35.
 10. Захматов Ю.М. Малоинвазивные методы лечения простых кист почек / Ю.М. Захматов, Н.С. Трофимов // Российский медицинский журнал. – 2002. – №5. – С. 40-43.
 11. Ибрагимов В.М. Чрескожные и эндоскопические методы диагностики и лечения простых кист почек: дис... канд. мед. наук / В.М. Ибрагимов. – Тбилиси, 1989. – 148 с.
 12. Игнашин Н.С. Диаплевтика в урологии / Н.С. Игнашин, А.Г. Мартов. – М.: ИПО «Полигран», 1993. – 197 с.
 13. Коган М.И. Лапароскопия в урологии // М.И. Коган [и др.] // X Российский съезд урологов: материалы. (Москва, 1-3 окт. 2002 г.). – М., 2002. – С. 742.
 14. Костюков С.И. Особенности диагностики и лапароскопического лечения кистозных поражений почек III и IV типов по Bosniak / С.И. Костюков, В.Л. Медведев, М.И. Коган // Урология. – 2008. – №3. – С. 21-23.
 15. Лапароскопическое иссечение кист почек / Ю.В. Иванов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №3. – С. 15-19.
 16. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии / Н.А. Лопаткин. – М.: Медицина, 1998. – Т. 2.
 17. Лопаткин Н.А. Простая киста почек / Н.А. Лопаткин, Е.Б. Мазо. – М.: Медицина, 1982. – 140 с.
 18. Медведев В.Л. Лапароскопическое иссечение кист почек / В.Л. Медведев, С.И. Костюков // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 753-754.
 19. Оценка эффективности методов лечения простой кисты почки / Н.А. Нечипоренко [и др.] // Урология. – 2000. – №6. – С. 9-12.
 20. Оловянный В.Е. Видеоэндоскопическая хирургия кистозных заболеваний почек / В.Е. Оловянный, В.М. Сатыбалдыев, С.П. Нестеренко // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №6. – С. 13-20.
 21. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия при раке почки / К.В. Пучков [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – Т. 7, №2. – С. 25-30.
 22. Смирнов О.В. Малоинвазивные операции под контролем УЗИ при жидкостных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства: автореф. дис... канд. мед. наук / О.В. Смирнов. – Н. Новгород, 2000. – 28 с.
 23. Фаниев М.В. Сравнительная характеристика методов оперативного лечения кист почек и антибиотикопрофилактика послеоперационных осложнений: дис. канд.мед. наук / М.В. Фаниев. – Ростов н/Д., 2006. – С. 87.
 24. Эндовидеохирургия органов забрюшинного пространства / А.Е. Борисов [и др.]. – СПб., 2000.
 25. Gastinger I. Laparoscopische Operationen im Alter / I. Gastinger, F. Kockerling // Zentralbl. Chir. 1994. – Bd. 119. – S. 428-431.
 26. Hanna R.M. Aspiration and sclerosing therapy of symptomatic simple renal cysts: meaning of two injections of a sclerosing agent / R.M. Hanna, M.H. Dahniya // Am. J. Rentgenol. – 1996. – Vol. 167, №3. – P. 781-783.
 27. Partial nephrectomy with retroperitoneal laparoscopy / A. Hoznec [et al.] // The journal of urology. – 1999. – Vol. 162. – P. 1922.
 28. Thromboembolic complications of laparoscopic cholecystectomy / J. Jorgenson [et al.] // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 518-519.
 29. Puri G.D. Ventilatory effects of laparoscopy under general anaesthesia / G.D. Puri, H. Singh // Br. J. Anesth. – 1992. – Vol. 68. – P. 211.
 30. Parapelvic cysts: difficulties in differential diagnosis / P. Winter [et. al.] // Zeit. fur Urol, und Nephrol. – 1989. – Vol. 82, №5. – P. 237-245.
 31. Wolf J.S. Evaluation and management of solid and cystic renal masses / J.S. Wolf // The journal of urology. – 1998. – Vol. 159. – P. 1120 -1133.

**SURGICAL TREATMENT OF SIMPLE CYSTS OF A NEPHRITIC PARENCHYMA:
THE LITERATURE REVIEW**

A.A. Cherenkov

In article presented the short review of the special literature, concerning problems of a choice of an optimum way of surgical treatment of simple cysts of kidneys.

***Key words:* kidney cysts, surgical treatment.**

Черенков Андрей Аркадьевич.
г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17.
Тел.: 8-4912-41-30-12.
E-mail: Cherenkov_62@BK.ru.