

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

Н.В. Багрицевич, А.Н. Багрицевич, Т.А. Лазаренко, Н.М. Шуринюк
Учреждение здравоохранения «Могилевская областная клиническая
больница», Республика Беларусь, г. Могилев

Введение. Солитарные кисты почек встречаются часто, чаще всего они не имеют клинических проявлений и их обнаруживают случайно. Для определения тактики ведения пациентов большинство специалистов пользуются классификационными критериями М. Vosniak, основанными на оценке стенок кисты, наличия в ней перегородок и обызвествлений, а также ее способности накапливать контрастное вещество.

Большинство кист имеют доброкачественную природу, однако могут способствовать развитию не связанных со злокачественной трансформацией осложнений, требующих оперативного лечения: боли, артериальной гипертензии, снижению функции почки. Открытые оперативные вмешательства для лечения больных с солитарными кистами почек в настоящее время практически не применяются. Все более широко выполняют чрескожные пункции кист почек с введением в полость кисты склерозирующих веществ и лапароскопическое иссечение кист почек.

Цель. Проанализировать отдаленные результаты различных методов хирургического лечения кист почек.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены материалы клинического обследования и лечения 32 пациентов с кистами почек, которым с 2008 по 2017 г. в урологическом отделении Могилевской областной больницы были выполнены чрескожные пункционные и лапароскопические хирургические вмешательства по поводу кист почек. 20 пациентам выполнена чрескожная пункция и 12 лапароскопическое иссечение кист.

Для изучения отдаленных результатов лечения оперированных пациентов была разработана анкета, которая рассылалась согласившимся принять участие в исследовании. В анкету включались: наличие жалоб до и после операции, параметры артериального давления, просьба выполнить УЗИ почек.

У подавляющего большинства больных операции были выполнены по поводу кист почек I стадии по Vosniak, средние размеры кист в подгруппах пациентов, перенесших чрескожную пункцию и лапароскопическое иссечение, достоверно не различались и составили $7,0 \pm 2,0$ и $7,3 \pm 2,1$ см соответственно.

Чрескожную пункцию кист выполняли под ультразвуковым контролем, после аспирации содержимого в полость кисты вводили 96 % этанол, который был эвакуирован после 5–10-минутной экспозиции. Полученную при пункции кисты жидкость отправляли на цитологическое исследование, раковых клеток ни в одном случае обнаружено не было. В крупные кисты устанавливали

дренаж и производили повторные введения этанола в течение двух дней, после чего дренаж удаляли.

При лапароскопическом иссечении кист доступ к кисте почки, места введения эндопортов и положение больного на операционном столе зависели от локализации кисты и стороны ее расположения. После рассечения париетальной брюшины в забрюшинной клетчатке выделяли кисту почки до границы с паренхимой, в бессосудистой зоне ее стенку рассекали, эвакуировали содержимое и после осмотра внутренней поверхности иссекали по границе с паренхимой таким образом, чтобы края не соприкасались. Оперативное лечение завершали после контроля гемостаза, в полость кисты устанавливали дренаж, который удаляли через 1–2 дня после операции. Резецированную стенку кисты отправляли на гистологическое исследование, признаков злокачественной трансформации не было выявлено ни в одном случае.

При изучении отдаленных результатов проводилось анкетирование, в ходе которого анализировали жалобы пациента, показатели АД, данные УЗ исследования почек до операции и на время исследования.

Результаты и обсуждение. У пациентов, у которых выполнялись лапароскопические операции, по сравнению с пациентами, которым была выполнена чрескожная пункция, средняя продолжительность нахождения в стационаре была достоверно больше. Результаты проведенного при контрольном обследовании анкетирования показали, что, несмотря на оперативное вмешательство, жалобы у 18 пациентов сохранились, а имеющих повышенное АД у 7 человек увеличилось. В то же время ни у одного больного не было обнаружено признаков расширения полостной системы почек.

По результатам контрольного ультразвукового исследования выяснилось, что кисты почек определялись у 12 пациентов, перенесших чрескожную пункцию и у 1 – лапароскопическое иссечение. При этом средняя величина размера кист в подгруппах пациентов уменьшилась.

В настоящее время чрескожные пункционные и лапароскопические методы получили широкое распространение у больных с солитарными кистами почки.

Анализ отдаленных результатов чрескожной пункции показал наличие кист у 12 (54 %) пациентов. Нельзя исключить в связи с большим интервалом времени между первичным и контрольным ультразвуковыми исследованиями образования новых кист в почках.

Наши данные дают возможность рассматривать чрескожную пункцию и лапароскопическое иссечение кист как методы, позволяющие успешно устранить обусловленные кистами почек нарушения оттока мочи. Ни у одного из пациентов, прошедших контрольное ультразвуковое обследование в послеоперационном периоде, не было обнаружено признаков расширения чашечно-лоханочной системы.

Наша работа продемонстрировала более высокую эффективность лапароскопического иссечения кист по сравнению с чрескожной пункцией в

ликвидации или уменьшении размеров кисты, однако при этом оказалось, что после лапароскопической операции пребывание пациентов в стационаре было более длительным.

Выводы. Лапароскопическое иссечение кист почек по сравнению с чрескожной пункцией способствовало ликвидации кист или уменьшению их размеров у большего числа пациентов, однако при этом методе время нахождения в стационаре было больше. Чрескожная пункция и лапароскопическое иссечение кист почек оказались эффективными методами коррекции вызываемого кистами нарушения экскреторной функции почек.