

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОСТОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ КИСТЕ ПОЧКИ

Мамашакиров Анваржон Абдумухтор угли

Андижанский Государственный Медицинский институт

Хакимов Муминжон

Андижанский Государственный Медицинский институт

Аннотация: Простая почечная киста — это одиночное доброкачественное жидкостное образование, которое входит в число самых распространённых урологических заболеваний. Простая почечная киста встречается у 10 % людей в общей популяции. [В связи с повсеместным применением современных методов медицинской визуализации (УЗИ, МРТ, МСКТ) частота выявления данной патологии с каждым годом увеличивается .

Почка является одним из наиболее распространённых мест для образования кист, а мочевыводящая система нашего организма стоит на первом месте по количеству развития различных аномалий . Кистозные поражения среди аномалий структуры почек встречаются чаще всего, а простые кисты — самый распространённый вид кистозных поражений. Простые кисты почек чаще диагностируют у мужчин, с возрастом частота их возникновения увеличивается. Почечные кисты (единичные или множественные) наблюдаются у 50 % людей старше 50 лет . Диагностика всех патологических изменений, в том числе и кист почек, начинается с детального изучения жалоб пациента и осуществления физикального обследования. При значительном размере кисты почки может пальпироваться увеличенная или смещённая почка. Также может быть выявлена болезненность при пальпации и положительный симптом поколачивания, когда возникают болевые ощущения при лёгком постукивании рукой в области проекции почек .

Окончательный диагноз устанавливается с использованием визуализирующих методов обследования. Они позволяют не только подтвердить наличие кисты почки, но и провести дифференциальную диагностику патологического процесса, направленную прежде всего на исключение онкологического процесса. Методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерографией; экскреторная урография (рентгенологический метод, при котором внутривенно вводится контрастное вещество, а далее производится оценка заполнения контрастом почечной ткани);

почечная ангиография (позволяет оценить характер кровотока);

компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением или мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Проводятся в том числе и с целью дифференциальной диагностики с гидронефрозом, гидрокаликсом и опухолью почки.

Ключевые слова: *Простая почечная киста, УЗИ.*

Простая киста почки является распространенным заболеванием верхних мочевых путей. 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 ультрасонография почек, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Наиболее часто простая киста почки не имеет клинических проявлений и выявляется случайно, при обследовании по поводу какого-либо другого заболевания, либо посмертно, при аутопсии. В других случаях, кистозное образование почки обуславливает развитие болевого синдрома, гематурии, симптоматической артериальной гипертензии, уростаза в верхних мочевых путях, что приводит к нарушению функции почки на стороне патологического процесса, появлению специфических симптомов, укладывающихся в самостоятельные нозологии (артериальная гипертензия, гидронефроз, хронических пиелонефрит и др).

В 20% случаев под воздействием простой кисты почки формируется симптоматическая ренальная артериальная гипертензия. Наиболее часто симптоматическую артериальную гипертензию вызывают кисты верхнего и среднего сегментов почки. Среди симптоматических кист верхнего полюса почки артериальная гипертензия

формируется с частотой до 77,8%, при кистах среднего сегмента почки артериальная гипертензия развивается с частотой до 93,7%.

Формирующаяся под воздействием простой кисты почки симптоматическая гипертензия плохо поддается медикаментозному лечению. Высокие цифры артериального давления, регистрируемые в течение определенного временного интервала, являются основным фактором риска развития ишемической болезни сердца, внезапной смерти, инфаркта миокарда. Резистентная к терапии артериальная гипертензия - главная причина цереброваскулярных заболеваний, мозгового инсульта. При несвоевременном устранении этиологического фактора симптоматической артериальной гипертензии, последняя может протекать злокачественно: вызывать сердечную и почечную недостаточность.

ПРИЧИНЫ

Причиной развития кистозных поражений почек является нарушение оттока мочи по почечным канальцам. Этот морфологический феномен приводит к формированию ретенционных изменений в почечной паренхиме с последующим развитием кисты. Известны 3 основных теории, в которых разъясняются патогенетические механизмы развития ретенционных изменений паренхимы почки (БескЯа в., 1961).

1) Ретенционно-воспалительная теория. Ретенционные изменения могут быть обусловлены обструкцией и воспалением почечных канальцев и мочевых протоков, в том числе и в периоде внутриутробного формирования органов мочевой системы;

2) Пролиферативно-неопластическая теория связывает образование кисты с избыточной пролиферацией уротелия (с возможным злокачественным перерождением). Обструкция почечных канальцев обусловлена в таком случае развитием ретенционного процесса с последующим образованием кисты;

3) Эмбриональная теория: формирование кисты происходит в результате аномального соединения фильтрационной и секреторной частей метанефронов, экскреторной ткани мезонефральных протоков, вследствие чего блокируется пассаж мочи по почечным канальцам ввиду их эмбриогенетической несостоятельности. В данном случае киста может возникать из примитивных зачатков нефрона, зародышевых канальцев, сохранившихся на уровне кистозной стадии развития, и эмбриональных остатков мочеточниковых и лоханочных клеток, включенных в паренхиму.

Подтверждением эмбриональной теории служат случаи кистозных заболеваний почек у больных с генетически детерминированными заболеваниями, такими как поликистоз почек, губчатая почка, мультикистозная почка.

ДИАГНОСТИКА

В сравнении с другими, применяемыми при диагностике кистозных поражений почек методами, ультразвуковое исследование имеет неоспоримые преимущества, такие как отсутствие лучевой нагрузки, возможность применения у беременных пациенток, отсутствие инвазивного компонента в диагностике и необходимости специальной подготовки пациента и др. При этом ультразвуковое исследование позволяет получить исчерпывающую информацию о топографии жидкостного образования, локализованного в почке, о его структуре, однородности содержимого кисты, дает возможность определить анатоми-топографическую взаимосвязь кистозного образования почки с органами брюшинного пространства. Чувствительность ультразвукового исследования как метода диагностики кистозных заболеваний почек достигает 91,8% и более по данным В.В. Митькова и А.Н. Хитровой (1996).

Ультразвуковая картина простых кист почек достаточно хорошо изучена и крайне редко вызывает какие-либо трудности при интерпретации получаемых данных. Метод ультразвукового исследования позволяет определить анэхогенную структуру с четкими, ровными контурами, гомогенным содержимым и подтвердить отсутствие каких-либо эхоструктур в полости кисты.

Кисты почечного синуса (перипельвикальная киста) визуализируются в виде эхонегативных структур размерами, как правило, до 1,0 см.

особенностью их топографии является расположение изоэхогенного образования в проекции ворот почки

Ввиду тесных анатомических взаимоотношений лоханки и парапелъвикальных кист при ультразвуковой диагностике нередко регистрируются диагностические ошибки, что возможно объяснить трудностями дифференциальной диагностики кисты с расширенной чашечно-лоханочной системой почки.

В ряде случаев ультразвуковая картина не исключает онкозаболевания: киста имеет нечеткие, фестончатые стенки, акустически неоднородное содержимое; в полости кисты определяются множественные перегородки и экоструктуры.

Во всех случаях, когда по данным ультразвукового исследования выявляется подозрение на онкозаболевание и для уточнения анатомо-топографических особенностей кисты почки необходимо применять уточняющие диагностические методики, такие как рентген-компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию.

Компьютерная томография по праву считается «золотым стандартом» лучевой диагностики кистозных образований почек.

КЛИНИКА

В клинической картине кистозных заболеваний почек нет признаков, специфичных только для данного вида патологии. Симптоматика кистозных поражений почек во многом обнаруживает сходство с клиническими проявлениями других заболеваний почек и брюшинного пространства, таких как мочекаменная болезнь, пиелонефрит, опухоль почки или опухоль лоханки и др. Между тем, у 70-80% пациентов кистозные поражения почек протекают бессимптомно.

Считается, что выраженность клинических проявлений кистозных образований почек находится в прямой зависимости от размеров последних. Согласно литературным данным распространенность кист разных размеров такова: в 80% наблюдений размер кисты не превышает 3 см, а кисты более 4 см в диаметре встречаются в 6,8% клинических наблюдений.

Одним из основных клинических симптомов кистозного заболевания почки является тупая боль в поясничной области, испытываемая пациентом на стороне патологического процесса. По данным на этот клинический признак указывают 41,2% пациентов, страдающих кистозными поражениями почек. Механизм возникновения болевого синдрома объясняется давлением стенок кисты на паренхиму почки с последующим нарушением гемодинамики и возникновением ишемии почечной ткани.

Вторым по распространенности клиническим симптомом кистозного заболевания почки является артериальная гипертензия. По данным Н.А. Лопаткина, Е.Б. Мазо (1982) в этой группе больных артериальная гипертензия встречается в 19% наблюдений. Возникновение симптоматической артериальной гипертензии у пациентов с кистозными заболеваниями объясняется усилением выработки протеолитического фермента - ренина клетками юктагломерулярного комплекса в условиях возникающей ишемии почечной ткани. Ренин соединяется в крови с а-

глобулином (гипертензиногеном), выделяющимся из печени. В результате каскада биохимических реакций образуется прессорный полипептид -ангиотензинИ, который и обуславливает наличие повышенных цифр артериального давления у больных кистозными заболеваниями почек.

Вместе с тем, принимая во внимание возрастную структуру пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу кист почек, логично полагать, что не всегда артериальная гипертензия у таких больных имеет прямую патогенетическую связь с жидкостным образованием почки. В

этом случае артериальная гипертензия выступает в ассоциации с сопутствующей патологией в виде гипертонической болезни. Данный факт подтверждается в работе Н.А. Лопаткина и Е.Б. Мазо(1982), в которой после хирургического лечения артериальное давление приходило в норму только у 63% пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ

Надежным и высокоэффективным способом хирургического лечения кистозных заболеваний почек, независимо от их локализации, является открытое хирургическое вмешательство на пораженной почке из люмботомического доступа. 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. Вместе с тем, хорошая визуализация операционного поля позволяет с высокой вероятностью выявить нераспознанные во время диагностических мероприятий злокачественные поражения стенки кисты и предпринять соответствующие корректировки в ходе операции. Помимо этого, метод открытого хирургического лечения кистозных образований почки хорошо освоен хирургами и урологами в силу частого использования люмботомического доступа при различных заболеваниях органов брюшинного пространства.

Не так давно показаниями к открытому оперативному пособию по данным Н.А. Лопаткина и Е.Б. Мазо (1982) считались: молодой и средний возраст больного; киста больших размеров, приводящая к прогрессирующему нарушению почечной функции и к атрофии паренхимы почки; киста, вызывающая обструкцию верхних мочевых путей; инфицированная киста; гематурия из кистознопораженной почки; симптоматическая артериальная гипертензия, обусловленная наличием кисты; болевой синдром; эритроэмия; кровоизлияние в кисту, геморрагическое содержимое полости кисты по результатам пункции; угроза разрыва кисты, либо состоявшийся разрыв кисты; наличие опухоли в полости кисты, либо подозрение на ее наличие по результатам данных дополнительных методов исследования.

Современные хирургические технологии убедительно подтверждают положение о том, что открытое хирургическое вмешательство на обнаженной почке сопряжено с

массивной хирургической травмой. Травматичность метода обусловлена, прежде всего, большим количеством мышечной ткани, пересекаемой хирургом при выполнении доступа в забрюшинное пространство. К тому же, с доступом связаны и такие возможные осложнения, как вентральная грыжа, нагноение послеоперационной раны и т.д.

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

В 1978 году в работе М.Н. Зильбермана и В.А. Баева (1978) впервые приводятся сведения о применении эндоскопической методики в лечении кистозных поражений почек. Авторы разработали технику прямой ретроперитонеоскопии, которая использовалась ими в лечебных и

диагностических целях. С помощью ларингоскопа и специального набора инструментов, авторами было выполнено эндоскопическое иссечение стенок кисты у 6 пациентов со стойким лечебным эффектом.

Первое упоминание в зарубежной литературе об успешном применении эндоскопического метода хирургического лечения жидкостных образований почечной паренхимы приходится на 1984 год, когда с помощью ригидного резектоскопа впервые была выполнена операция одновременной кистоскопии с последующим иссечением стенок простой кисты почки. Исследования эффективности техники эндоскопического лечения кистозных образований почек подробно изложено в работе В.Ш. Ибрагимова (1989). Автор описывает методику и результаты чрескожной резекции стенки кистозного образования почки с применением эндоскопической техники.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдусаламов А.Ф. Диагностика заболеваний верхних мочевых путей с помощью виртуальной эндоскопии и трехмерной реконструкции: дис... канд. мед. наук / А.Ф. Абдусаламов. - М., 2004. - С. 177.
2. Айвазян А.В. Пороки развития почки и мочеточников / А.В. Айвазян, А.М. Войно - Ясенецкий. - М.: Наука, 1988. - 159 с.
3. Алмазов В.А. Артериальная гипертензия и почки / В.А. Алмазов, Е.В. Шляхто.- СПб.: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1999.- 296 с.
4. Аль-Шукри С. Х. Диагностика и лечение кист почек / С. Х. Аль-Шукри А. В. Антонов, Е. Ю. Ишутин.-Спб.- 2010.-41 с.
5. 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.

6. Аляев Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов, М.А. Газимиев. - М.: Р. Ва-лент, 2001.- 192 с.

7. Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии современное состояние проблемы / Е.М. Левитэ [и др.] // Эндоскопическая хирургия.- 1995. - № 2.- С. 48-54.

8. Антонов А.В. Эндовидеохирургические операции на почках и мочеточниках ретроперитонеальным доступом: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Антонов. - СПб., 1999.- 20 с.

9. Ахметов Н.Р. Хирургическое лечение солитарных кист почек: дис... канд. мед. наук / Н.Р. Ахметов. - Уфа, 2000. - 161 с.

Ю.Ба У.Р. Диагностика и лечение простых кист почек / У.Р. Ба, С.Б. Уренков // Урология и нефрология. - 1996. - №3. - С.8-12.