

12. Воложин С.И., Ухов Ю.И. Оперативное лечение крипторхизма. Урология 1988, №5.
13. Матиковская, Ибрагимов. Современные методы лечения крипторхизма, Хирургия, 1987.
14. Жуков М.Д., Ген Ю.В., Агапов Н.И. Вестник хирургии, 1986, №2.
15. Карпатовский И.Д., Макашанов О.К., Басюков В.В., Андрологические аспекты оперативного лечения крипторхизма. Урология и нефрология 1986, №5, стр.54-59.
16. Воложин С.И., Ухов Ю.И., Астраханов А.Ф. Индивидуализация оперативного лечения крипторхизма. Урология 1988, №5.
17. Giullfni, Carmignani G, Begrana E., Puppo P, I.Urol, Nephrol, 1981, vol.87, p.279-281.
18. Haerting A., Djedje M., Forcade M. – Ann.Urol 1983, vol. 17, p.46-48.
19. Macmahon R., Brien B., Cussen G., - I. Redicet Surg. 1980, vol.15, p.92-96.
20. Sarramon I.P., Possignoi I., I.Urol.nephrol 1981, vol.87, p.515-522.
21. Silber S., Kelly I., - I.Urol (Baltimore) 1981, vol.125, p.329-333.
22. Varna A., A.Chișu, Virginia Oțoiu. Urologie infantilă, Cluj-Napoca, 1976, p.264-271.
23. Горбатюк О.М. Хирургическое лечение крипторхизма с учетом морфо-иммунологических аспектов заболевания. Автореферат дисс.К.м.н., Ростов-на-Дону, 1992.

ЛЕЧЕБНО–ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

В. М. Донич, В. И. Золотой

Бендерская центральная городская больница

Summary

This work shows treatment of 36 patients with simple renal cyst, using skin puncture treatment of cysts by introducing of sclerotical preparats. Rate of success was 74%. The rate of recurrent cysts after 12 months was 26%. This method is recommended by specialist as a little known method, still it is accessible, inexpensive to treat simple renal cysts.

Введение

Простые кисты почек являются одной из распространенных почечных аномалий и составляют около 3% урологических заболеваний (4). Частота данной патологии имеет тенденцию к росту, что связано не только с улучшением диагностики заболевания, но и с более интенсивным воздействием вредных факторов окружающей среды. С появлением современных методов исследования (ультразвуковое сканирование, компьютерная томография) количество обнаруживаемых простых кист значительно возросло (1–3, 6, 8–10). Впервые лечебная чрескожная пункция кисты почки с аспирацией её содержимого была выполнена в 1861 году. Однако, этот метод лечения был оставлен в связи с отсутствием надежного контроля за выполнением манипуляции. Внедрение в клиническую практику ультразвукового сканирования (УЗС) стало толчком для широкого применения пункционного лечения кист почек. Благодаря высокой эффективности и малой инвазивности, интервенционные вмешательства под контролем УЗС открыли новые возможности в диагностике и лечении кистозных поражений почек (4).

Целью данной работы является представление собственного опыта чрескожной лечебно–диагностической пункции простой кисты почки.

Материал и методы

В 1991–2001 гг. в Бендерской центральной городской больнице простые кисты почек обнаружены у 1368 больных. Они составили до 3% среди всего обследуемого контингента и до 4,4% от всех больных с заболеваниями почек. Простые кисты обнаружены в нижнем полюсе в 39,3% случаев, в среднем сегменте – в 40,2%, в верхнем полюсе почки – в 20,5%. В 80,4% случаев кисты были одиночными.

У 36 больных (30 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 39 до 76 лет, было выполнено 38 чрескожных пункций симптоматических простых кист почек. В 32 случаях кисты были одиночными, в 6 – множественными, из них в 4 – односторонними и в 2 – двусторонними. У 24 пациентов кисты располагались в верхнем сегменте почки, у 9 – в среднем и у 5 – в нижнем сегменте. Кисты правой почки выявлены в 22 случаях, а левой – в 16. Размеры кист варьировали от 4 до 16 см. У 14 (39%) больных вмешательства выполнены амбулаторно.

Ведущими симптомами, послужившими основанием для выполнения пункции, явились боли в поясничной области и артериальная гипертензия. В некоторых случаях, преклонный возраст и наличие сопутствующих заболеваний (нарушение ритма сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма) определили выбор в пользу пункционного вмешательства.

Основным условием к проведению лечебной пункции, было наличие неосложненной кисты почки. В работе использовали ультразвуковой аппарат «Алока-260», оснащенный датчиками линейного и секторного сканирования на 3,5 МГц. При УЗС определялись размеры и локализация кист, гомогенность их внутренней структуры, а также состояние стенок кисты, почечной паренхимы и чашечно-лоханочной системы почек. При подозрении на опухоль почки, мочекаменную болезнь, гидронефроз, туберкулез или гидрокаликоз, больным проводились дополнительные исследования (компьютерная томография, экскреторная урография, ретроградная пиелография).

Операция выполнялась под местной анестезией в положении больного на валике на здоровом боку. Перед ультразвуковой пункцией определялся наиболее удобный доступ к кисте со стороны поясничной области. Затем датчик УЗС устанавливался под углом 90° по отношению к игле. По мере продвижения к кисте, игла прослеживалась на экране УЗС. В 32 (84,2%) случаях чрескожная пункция сочеталась с склеротерапией. После аспирации содержимого кисты в ее полость вводили 96° спирт (из расчета 10% от объема кисты) с добавлением нескольких капель 5% раствора йода для усиления склерозирующего эффекта. После эвакуации йод-спиртового раствора, игла извлекалась под отрицательным давлением для предотвращения возникновения пневмоторакса и инфицирования раны. В 6 (15,8%) случаях введение йод-спиртового раствора не проводилось из-за неуверенности нахождения иглы в полости кисты после эвакуации ее содержимого. Это в основном кисты подвижного нижнего полюса почек. С профилактической целью в течение 2–3 дней после операции назначались антибиотики.

В 32 (84,2%) случаях проведено цитологическое исследование кистозной жидкости. В 30 случаях жидкость была прозрачной, в 1 – геморрагической и в 1 – мутной. При микроскопическом исследовании обнаружены неизмененные эритроциты, наличие которых объясняется травмой стенки кисты. В одном случае обнаружены макрофаги и лейкоциты, указывающие на воспалительный процесс.

Контрольное УЗС почек, проводилось через 3–4 дня, а также спустя 3, 6, 9 и 12 месяцев после вмешательства.

Результаты и обсуждение

Пункционная терапия кист почек с применением склерозирующих препаратов позволила добиться хороших результатов в 74% случаев. После вмешательства у пациентов отмечены исчезновение болей и нормализация артериального давления.

Беря во внимание возможность таких осложнений как ранение желчного пузыря и печени с развитием перитонита (4), а также ранение крупных сосудов и пневмоторакс (1–3, 6–10), нами выполнены 24 (63,2%) пункции кист расположенных в верхнем сегменте почки. Осложнений после пункции и склеротерапии кист мы не наблюдали.

Рецидивы кист (диаметр свыше 3 см) через 12 месяцев после операции составили 26%. В 8% случаев рецидив наблюдался при кистах расположенных в верхнем полюсе, в 22% – в среднем сегменте и в 60% – в нижнем полюсе. Высокий процент рецидива нижнесегментарных кист связан с тем, что не у всех больных проводилась склеротерапия, из-за повышенной подвижности нижнего полюса почки. В 2-х случаях проводилась повторная пункция, после чего наступила облитерация кисты.

Чрескожная пункция кисты показана при тяжелых сопутствующих заболеваниях у пациентов с высоким анестезиологическим риском (5). Несмотря на высокую рецидивность кист, этот метод прост в исполнении, минимально инвазивен и не требует значительных экономических затрат.

Выводы

Лечебно-диагностическая пункция простых кист почек под контролем УЗС, благодаря эффективности и малой травматичности, является методом выбора у лиц пожилого возраста, при наличии сочетанной патологии, 2-х сторонней локализации кист и противопоказаний к другим хирургическим вмешательствам.

Литература

1. Абууллахи А. Простая киста почки (диагностика и лечение). – Автореферат, Киев, 1995.
2. Байтурлин Ж. Г. Оптимизация лечебно-диагностических вмешательств под контролем КТ и УЗС при кистозных заболеваниях почек. – Автореферат, Караганда, 1995.
3. Ботер М. М., Мордвов С. А. Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии. – Новосибирск, 1988.

4. Лопаткин Н.А., Мазо Е. Б. Простая киста почки. – М., 1982.
5. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. Лапароскопическая резекция простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. – № 2. – С. 23 – 25.
6. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М. Видар. – 1996.
7. Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н., Балла А. А. Ультразвуковая томография в лечении простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. № 3. – С. 32 – 34.
8. Нуднов Н. В. Диагностические и лечебные пункции под контролем лучевых методов визуализации // Медицинская визуализация. – 1995. – № 4. – С. 35 – 38.
9. Самратов Т. У. Пункционно-аспирационное лечение полостных образований печени и околопочечного пространства под контролем УЗС. – Алма-Ата, 1996.
10. Харченко В. П. Клиническое значение транскутанных вмешательств на органах брюшинного пространства и малого таза под контролем ультразвукового сканирования // Лечащий врач. – 2000. – № 2. – С. 34 – 37.

URETEROCISTONEOSTOMIA

C. Gufu

Spitalul Clinic Feroviar, Clinica Urologie

Summary

In this paper is described the experience of Urologic Department of the Railway Hospital, regarding the pathology of the terminal ureter. The solving of this pathology was done using the ureteroneostomia procedure. The author uses different known surgical methods, as if: Leadbetter-Politano, Cohen, Hill procedures. The results of surgical investigations in early and follow-up periods on a group of 21 patients with the terminal ureter pathology in the primary reflux, tumoral disease and renal tuberculosis was used to the basis of this paper.

Introducere

Chirurgia ureterului terminal este una dificilă. Greutățile jîn afît de accesul anevoios către el, vecinătatea organelor de o importanță vitală și ușor traumabile (artera și vena iliacă), cît și de particularitățile anatomice și fiziopatogice ale subiectului studiat. (Ehrlich R.M., 1995; T. Burghete, 1967; H. Kremling, 1985).

În condiții normale joncțiunea uretero-vezicală permite intrarea urinei în vezică, acționînd ca un mecanism antireflux în timpul micțiunii. Refluxul vezico-ureteral este o stare patologică în care urina trece retrograd din vezică în uretere și rinichi, urmată de consecințe funcționale grave. Anomalia este cauzată de incompetența congenitală sau dobîndită a joncțiunii uretero-vezicale. (E. Proca, 1984).

Obiective

Scopul acestei lucrări este studierea eficacității metodelor de diagnostic și tratament chirurgical al patologiilor ureterului terminal.

Materiale și metode

Pe un lot de 21 bolnavi cu diferite patologii a ureterului terminal au fost efectuate 23 intervenții chirurgicale. Refluxul vezico-ureteral a fost evidențiat prin cistografie (10), cistouretrografie micțională (16) și scintigrafie (21). Refluxurile depistate erau unilaterale în 16 cazuri și bilaterale în 5 cazuri. După gradul de evaluare în varianta bilaterală refluxurile rămîneau deseori asimetrice. Accentuăm înaltul grad de evidențiere a refluxurilor cisto-ureterale prin metoda scintigrafiei radioizotopice. Intervențiile chirurgicale utilizate în cadrul acestui studiu sunt cunoscute, dar au fost utilizate în concordanță cu felul, gradul și particularitățile fiecărui caz în parte. Mai frecvent am utilizat următoarele metode:

- Leadbetter-Politano ce se caracterizează prin ureterovezicoplastie cu alunecare de ureter sub mucoasa vezicală;
- Cohen ce presupune alunecarea submucoasei urterului disecat și rezecat;
- Hill cu formare de manșon în jurul porțiunii implantate.

Conform patologiei depistate pacienții au fost împărțiți în 4 grupe:

1. Pacienți cu tumori vezicale și prostatice, care afectau ureterul terminal cu o pronunțată stază renală - 6 pacienți;
2. Inclavarea cocrementului în ureterul terminal cu dereglări de nutriție a ureterului, formare de fistule și blocaj renal sever - 3 pacienți;
3. Afectarea tuberculoasă a rinichiului și ureterului terminal - 1 pacient;
4. Reflux pimar fără cauze concrete bine determinate - 11 pacienți.