

КОЭФФИЦИЕНТ РОСТА КИСТЫ ПОЧКИ КАК ОДИН ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Акрамов Н.Р.

Казанский государственный медицинский университет

До сих пор нет показаний для хирургического лечения и выбора способа детей с простыми кистами почек. Множество методов коррекции, нередкие осложнения при лапароскопии и ретроперитонеоскопии, рецидив кист после чрескожных пункционных методов говорит о наличии вопросов в хирургическом лечении кистозных заболеваний почек.

В условиях Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ за период с 2011 г. по 2020 г. в процессе наблюдения детей с солитарными кистами почек анализировалась динамика кист. В группе сравнения ретроспективно, а в исследуемой группе проспективно оценивалось изменение кист по отношению к размерам почки. Данное соотношение было обозначено как коэффициент роста кисты (КРК) почки. С целью определения оптимального способа расчета КРК почки было изучено отношение объема, площади и длины кисты к соответствующим параметрам почки с проведением ультразвуковой оценки почек через 12 и 24 месяцев от даты выявления. Для чего нами были отобраны по 20 пациентов из обеих групп, со сроком наблюдения от двух лет.

При оценке динамики изменения объёма, площади и длины кисты почки по результатам ультразвуковых исследований почек с простыми солитарными кистами у 20 пациентов группы сравнения и 20 — исследуемой группы нами были получены статистически недостоверные различия (в группе сравнения: $p > 0,05$; $\chi_2 = 0,00-0,15$; в исследуемой группе: $p > 0,05$; $\chi_2 = 0,00-2,30$). Вывод: наиболее простым и эффективным способом расчета КРК почки является его оценка по длине и целесообразным считаем использование формулы:

$$\text{КРКЛ} = [\text{LK2/LR2} - \text{LK1/LR1}] * 100 \%$$

По литературным данным, где показано, что до 95 % кист почек имеют интенсивный рост в первые два года после выявления и увеличиваются в среднем на 3,9–4,2 %, а также с учетом полученных результатов в процессе проведения диагностических исследований изучаемые группы были разделены на подгруппы с интенсивным ростом кисты почки, где КРК > 5 % в течение двух лет наблюдения и медленным ростом кисты — с КРК < 5 %. При проведении статистического анализа 227 пациентов, пролеченных по разным алгоритмам, нами выявлено, что в группе сравнения (140), пациенты в большинстве случаев оперированы в первые два года наблюдения — 69 детей (49,29 %). В исследуемой группе (87) в первые два года оперированы лишь 25 детей (28,74 %) ($p < 0,05$; $\chi_2 = 4,03$). В связи с чем мы стали использовать в практике измененный алгоритм показаний для хирургического лечения простых кист почек у детей: при наличии мочевого, гипертензивного и/или болевого синдромов, и при наличии прогрессирующего роста кисты не менее чем на 5 % по отношению к размерам почки в течение не менее двух лет устанавливались показания для фенестрации кисты почки.

Алгоритм диагностики кистозных заболеваний почек у детей с определением КРК позволил отказаться от необоснованного хирургического лечения у 56,32 % пациентов. В обследование детей с кистозными заболеваниями почек достаточно включить ультразвуковой скрининг почек с интервалом 6–12 месяцев и компьютерную томографию с контрастированием как определяющее диагностическое исследование перед операцией, позволяющее дифференцировать кистозные заболевания почек между собой.