

УДК 616.61—006.3

М. Ф. ТРАПЕЗНИКОВА, В. С. ТАРОНЦИ

О СОЧЕТАНИИ ОПУХОЛИ И СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧЕК

В статье исследуется вопрос о сочетанном поражении почек опухолью и солитарной кистой.

Данные собственных наблюдений и литературы показывают, что сочетанное поражение опухолью и кистой встречается крайне редко. Своевременная диагностика этого сочетания несмотря на трудности вполне осуществима благодаря тщательному изучению клинической картины, а также применению современных рентгенорадиологических методов, особенно почечной ангиографии.

Клиническое течение и диагностика при солитарных кистах почек во многом сходны со злокачественными почечными опухолями, в связи с чем дифференциация этих заболеваний представляет известные трудности. Наибольшие затруднения могут возникнуть в случаях сочетанного поражения опухолью и кистой.

При изучении этого вопроса необходимо различать, с одной стороны, сосуществование опухоли и солитарной кисты почки, с другой—развитие дегенеративных кистозных изменений в самом новообразовании и, наконец, возможность злокачественного перерождения солитарной кисты.

Как показывают данные литературы, сосуществование опухоли и кисты наблюдается в 1—2,5% случаев, что полностью отвергает возможность этиологической взаимосвязи между ними [7, 9, 12].

Эммет [5] описал 10 наблюдений солитарных кист, сосуществовавших с карциномой (из 1007 случаев хирургически доказанных опухолей почек, что составляет 2,3%). Из 42 наблюдений геморрагических кист, описанных Витмором и Комтом [13], опухолевая ткань найдена у 13 больных (30%).

Вопрос о злокачественном перерождении кисты почки освещается в литературе противоречиво. Улир [11] опубликовал наблюдение над больным с серозной кистой почки, у которого через несколько лет в оперированной почке на месте бывшей кисты появилось новое кистозное образование, оказавшееся при исследовании злокачественной опухолью Гравица. На этом основании автор предполагает, что малигнизация серозной кисты наблюдается не так уж редко. Если киста имеет геморрагическое содержимое, вероятность злокачественного перерождения увеличивается [8 и др.].

Гибсон [6] предполагает следующие 4 возможности сосуществования кисты и опухоли в одной и той же почке: 1. Широко отделенные

друг от друга кисты и опухоль (встречается редко); 2. Возникновение кисты внутри опухоли (обычное явление); 3. Возникновение опухоли внутри кисты (практически не встречается); 4. Возникновение кисты дистально по отношению к опухоли (редкое явление).

Диагностика опухоли или кисты затруднена в связи с тем, что изменения на экскреторных и ретроградных пиелограммах могут быть совершенно идеальными. И в том, и в другом случае на снимках определяются изменения в виде более или менее выраженной деформации чашечно-лоханочного аппарата почек (сдавление лоханки, изменения и смещения чашечек, увеличение угла между ними—симптом «раскрытой пасти», смещение мочеточника и т. д.).

Большое подспорье в дифференциальной диагностике оказывают нефротомография, инфузионная урография, в ряде случаев пункционная биопсия с последующей кистографией [10]. Однако эти методы не всегда в состоянии исключить опухолевый процесс либо подтвердить диагноз солитарной кисты почки.

Решающим и единственно надежным методом при дифференциальной диагностике опухоли и кисты почки является метод почечной ангиографии [1, 2, 4 и др.]. По данным Н. А. Лопаткина [1], правильная диагностика солитарной кисты с помощью ангиографии наблюдается в 96%. Невозможность абсолютной диагностики вызвана тем, что нередко в опухоли происходят некротические и регрессивные изменения, проявляющиеся на ангиограммах малососудистыми или бессосудистыми участками. Иногда различные стадии опухолевого процесса, наблюдаемые в одной и той же опухоли, также дают различные ангиографические проявления. При малососудистых опухолях ангиографическая картина нередко вызывает значительные трудности для интерпретации ее в связи с наличием ряда признаков, наблюдающихся при кисте почки (рис. 1, а). Трудности могут возникнуть также тогда, когда сосудистый рисунок здоровой паренхимы почки наслаивается на патологическую зону.

Сосудистый рисунок кисты почки на ангиограммах характеризуется смещенными выпрямленными сосудами узкого калибра. Разветвлений сосудов бывает мало. В паренхиматозной фазе заполнения в большинстве случаев обнаруживается округлая бессосудистая зона с просветлениями—дефект насыщения контрастным веществом почечной паренхимы в области кисты (рис. 1, б).

Таким образом, дифференциальная диагностика при сочетанном поражении опухолью и кистой одной и той же почки очень трудна. Однако, по мнению ряда авторов, хорошая техника исследования позволяет поставить правильный диагноз.

Лечение больных с солитарной кистой—оперативное. В пожилом возрасте при незначительных клинических проявлениях и размерах кисты от оперативного вмешательства можно воздержаться. В более молодом возрасте, независимо от клинических проявлений, необходимо хирургическое лечение во избежание роста кисты, угнетения функции поч-



Рис. 1.

ки, повторных гематурий и т. п. Если диагноз кисты сомнителен и не исключена возможность опухоли, больной должен быть подвергнут оперативному вмешательству независимо от возраста. При сочетанном поражении опухоли и кистой одной и той же почки методом лечения, несомненно, должна явиться нефрэктомия.

Среди 514 больных урологической клиники МОНИКИ с опухолями почек и 41 больного с почечными солитарными кистами за период 1948—1973 гг. сосуществование кисты и опухоли имело место в 3 наблюдениях (0,58%), причем опухоль и киста локализовались в разных почках. Сочетания же в одной и той же почке не отмечалось.

Ввиду редкости сочетанного поражения почек приводим два наблюдения.

Больная И., 52 лет, поступила в урологическую клинику МОНИКИ 23/1 1963 г. с диагнозом: опухоль правой и левой почек. Жалобы при поступлении: головная боль, сухость во рту, прощупываемая опухоль в левом подреберье. Считает себя больной в течение года, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые нормальной окраски, подкожно-жировой слой развит достаточно. АД—210/105 мм рт. ст. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не обнаружено. В правом подреберье пальпируется нижний полюс увеличенной правой почки. В левом подреберье прощупывается значительно увеличенная, плотная, бугристая, малоподвижная опухоль. Анализ крови: эритроциты—4000000, гемоглобин—66 ед (11 г%), цв. пок.—0,82, лейкоц.—8000, эоз.—3, пал.—2, сегм.—33, удельный вес мочи в пробе по Зимницкому—1006—1020.

На обзорном снимке обнаружены увеличенные контуры обеих почек. На пневморетроперитонеуме видны увеличенные контуры почек, справа почка имеет шарообразную форму (рис. 2). Экскреторная урография показала отсутствие выделения контрастного вещества слева, справа функция почки сохранена. Предварительный клинический диагноз: опухоль левой почки, подозрение на солитарную кисту правой почки.

15/2 1963 г.—правосторонняя люмботомия. Обнаружена киста среднего отдела почки размером 5×8 см, наполненная серозным содержимым. Произведено удаление кисты. Послеоперационное течение гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии. Артериальное давление осталось высоким.

Повторно поступила 28/6 1963 г. При исследовании функция правой почки удовлетворительная, слева отсутствует.



Рис. 2.

6/7 1963 г.— левосторонняя нефрэктомия. В клетчатке большое количество расширенных извитых вен. Вся почка занята опухолью. Сосуды почечной ножки инфильтрированы опухолевым тромбом. Гистологическое исследование выявило картину гипернефroidного рака. Послеоперационное течение гладкое. Отдаленный результат: умерла через год после операции от метастазов в легкие.

Больной С., 57 лет, поступил 15/3 1967 г. с жалобами на периодическую интенсивную гематурию с бесформенными сгустками, постоянные ноющие боли в левой поясничной области, гипертонию.

Считает себя больным с ноября 1966 г., когда впервые появилась тотальная гематурия с последующим приступом почечной колики слева, после которой осталась тупая боль в левой поясничной области. С 1965 г. имеет инвалидность II группы в связи с гипертонией (190/100 мм рт. ст.).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД—200/100 мм рт. ст. Почки не пальпируются. Область их безболезненна. Симптом Пасернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови: эритроциты—4250000, гемоглобин—75 ед. (12,5 г%), цп. пок.—0,89, тромбоциты—374000 (88:1000), лейкоциты—8100, эоз.—1,5, п.—4, с.—71,5, лимф.—14, мон.—8,5, РОЭ—20 мм в час. Анализ мочи: уд. вес—1010, белок—0,1%, лейкоциты—4—5 в поле зрения, эритроциты—свежие, покрывают все поле зрения. Мочевина—19 мг%, индикан—0,187 мг%, креатинин—1,9 мг%, креатинин мочи—137,5 мг%, клубочковая фильтрация в 1 мин—37,6 мл, реабсорбция—98,6%. Белковые фракции: белок—8,92, А—45,6%, α_1 —6,8%, α_2 —13,0%, β —9,8%, γ —24,8%, К—0,83. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому—1005—1014.

Цистоскопия в момент гематурии выявила гематурию из левой почки.

На обзорном снимке теней конкрементов нет, контуры почек отчетливо не видны. На экскреторных урограммах видно замедленное выделение сергозина обеими почками. Ретроградная пиелограмма слева выявила изменения, характерные для опухоли.

Ренография—снижение функции обеих почек со значительным замедлением экскреции гиппурана. На скеннограмме—дефект поглощения неогидрина в нижней половине левой почки и в верхнем полюсе правой почки.

Ввиду того, что причина снижения функции правой почки оставалась неясной, произведена аортография по Сельдингеру, которая подтвердила наличие гипернефroidного

рака левой почки, занимающего 2/3 ее, и солитарной кисты правой почки размером 5×5 см в верхнелатеральной части правой почки (рис. 1).

От предложенной операции (левосторонняя нефрэктомия) больной отказался.

Как видно из вышеизложенного, решающим методом диагностики гипернефроидного рака левой почки и солитарной кисты правой почки у наблюдаемого нами больного явилась почечная ангиография.

В обоих случаях указанная патология сочеталась с выраженной гипертонией. Есть все основания предполагать, что в том и другом наблюдениях гипертония была вызвана процессом в почках, тем более что заболевание было двусторонним.

На основании собственных наблюдений, а также данных литературы можно сделать вывод о том, что сочетание опухоли и кисты встречается крайне редко. Своевременная диагностика этого сочетания вполне осуществима благодаря тщательному изучению клинической картины, а также применению современных рентгенорадиологических методов исследования.

Урологическая клиника
МОНИКИ

Поступила 7/IX 1972 г.

Մ. Ֆ. ՏՐԱՊԵՋՆԻԿՈՎԱ, Վ. Ս. ՏԱՐՈՆՅԻ

ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ՈՒՌՈՒՅՔԻ ԵՎ ԱՌԱՆՁՆԱԿԻ ԲՇՏԻ ԶՈՒԳՈՐԴՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոգվածը նվիրված է երիկամների ուռուցքի և առանձնակի բշտի զուգորդության խնդրին: Հիմք է ընդունվել 514 հիվանդների երիկամների ուռուցքների և 41 հիվանդների առանձնակի բշտերի ուսումնասիրությունը: Երիկամների ուռուցքների նորագոյացության և առանձնակի բշտի զուգակցությունը դիտվել է երեք դեպքում (0,58%), ըստ որում ուռուցքը և բշտը տեղակայված են եղել տարբեր երիկամներում:

Ելնելով սեփական դիտարկումներից և գրականության տվյալներից, եզրակացնում ենք, որ ուռուցքի ու բշտի զուգակցումը հազվադեպ է հանդիպում: Չնայած դժվարություններին, այդ զուգակցման ախտորոշումը միանգամայն հնարավոր է՝ շնորհիվ կլինիկական մանրակրկիտ ուսումնասիրության, ինչպես և ժամանակակից ռենտգենոտեղիոլոգիական մեթոդների, հատկապես երիկամային անգիոգրաֆիայի կիրառման:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Пытель А. Я., Лопаткин Н. А. Урология, 1957, 4, стр. 5.
2. Baudisch E., Haack G. Радиология-Диагностика, 1965, 6, стр. 263.
3. Braasch W., Griffln J. The Journ. of Amer. med. ass., 1936, 106, 16, 1343.
4. Capek V., Sváb L. Радиология-Диагностика, 1961, т. 2, 4, стр. 416.

5. *Emmett J.* Brit. J. Urol., 1963, 35, 403.
6. *Gibson T.* Journ. of Urol., 1967, 97, 4, 619.
7. *Hajdn S.* The Journ. of Urology, 1967, 97, 6, 978.
8. *Khorsand D.* The Journ. of Urology, 1965, 93, 4, 440.
9. *Levin S., Emmett J., Woolner L.* Journal of Urology, 1964, 91, 1, 8.
10. *Lindblom K.* Acta Radiol., 1945, 27:66.
11. *Uhlir K.* Nadory ledvin, Praha, 1965, 1—220.
12. *Wahlqvist L.* Journ. Urology, 1967, 97, 1, 1.
13. *Whitmore E. R. and Le Comte.* South Med. J., 1936, 29, 1051.