Киста почки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N28.1, Q61.0, Q61.8 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Приобретённая киста почки — доброкачественное тонкостенное жидкостное образование почечной паренхимы, чаще простая киста. Главное в рекомендации — отличить простую кисту от сложной/кистозной опухоли по Bosniak, определить показания к наблюдению или операции и выбрать пункционное либо лапароскопическое лечение.

Главное

- У 70% пациентов простая киста протекает бессимптомно; наиболее характерные проявления при симптомном течении — дискомфорт в подреберье или поясничной области, артериальная гипертензия, гематурия.
- Под большим размером неосложнённой кисты почки принято понимать наибольшее сечение, превышающее 3 см; начиная с этого размера применима активная хирургическая тактика.
- УЗИ почек — основной метод первичной диагностики и скрининга у всех пациентов с кистами почек; УУР А, УДД 2.
- КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием — золотой стандарт диагностики кист почек и метод дифференциальной диагностики кист по Bosniak; УУР А, УДД 2.
- Бессимптомные простые кисты обычно наблюдают: УЗИ почек каждые 6 месяцев в течение года, затем 1 раз в год.
- Консервативного и медикаментозного лечения приобретённой кисты почки нет.
- Кисты Bosniak III–IV лечат с учётом большой вероятности диагностики почечно-клеточного рака: выполняют резекцию почки или нефрэктомию по показаниям; УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез у всех пациентов: давность симптомов, наличие болей или травмы поясничной области, изменения артериального давления и гематурия в анамнезе; УУР С, УДД 4.
2. Провести осмотр и пальпацию живота в разных положениях, оценить болезненность в проекции почек и симптом поколачивания; крупная киста может проявляться пальпируемой увеличенной или смещённой книзу почкой.
3. Измерить АД всем пациентам с кистой почки для выявления артериальной гипертензии; УУР С, УДД 4.
4. Выполнить общий анализ мочи для исключения микрогематурии и биохимическое исследование крови с оценкой креатинина, мочевины и расчётом СКФ для оценки признаков сопутствующей почечной недостаточности; УУР С, УДД 4.
5. Выполнить УЗИ почек как основной метод первичной диагностики и скрининга у всех больных кистами почек; УУР А, УДД 2.
6. При признаках осложнённой кисты на УЗИ — утолщении стенки или перегородок, солидном компоненте и др. — выполнить КТ с внутривенным болюсным контрастированием или МРТ с контрастированием с описанием по Bosniak.
7. Сцинтиграфию почек используют при необходимости определить функцию поражённой кистой почки; утрата 20% почечной паренхимы может рассматриваться как показание к её выполнению; УУР С, УДД 4.

Лечение

- Если простая киста бессимптомна, обычно достаточно динамического наблюдения: контроль характеристик кисты, клинических симптомов, течения артериальной гипертензии и функции почек.
- Операция показана при некупируемой боли после исключения других причин, компрессии ЧЛС с нарушением уродинамики, снижении СКФ по динамической нефросцинтиграфии, кисте единственной почки со снижением функции, стойкой некорригируемой гипертензии после исключения иных причин, а также при настойчивом желании пациента.

- Пункционное дренирование со склерозированием применяют при кистах Bosniak I–II при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к операции; УУР А, УДД 2.
- Для склерозирования чаще используют 95% этанол; объём склерозанта — 20–25% объёма кисты, но не более 100 мл; экспозиция от 5 минут до 4 часов, различий между 2- и 4-часовыми методами склерозирования нет.
- Кисты более 10 см целесообразно дренировать 2–3 суток с повторными эпизодами склерозирования; при отсутствии отделяемого за этот период дренаж удаляют.
- Пункционное лечение эффективно в 84–96%, но рецидивы могут достигать 30–54%; при увеличении размера кисты на каждые 3 см частота рецидивов возрастает в 3,5 раза.
- Лапароскопическое иссечение выполняют при кистах Bosniak I, II, IIF при показаниях и отсутствии противопоказаний; это вторая линия терапии или первая линия при значимых факторах риска рецидива; УУР С, УДД 4.
- У молодых неослабленных пациентов с низкими хирургическими рисками, большими кистами и высоким риском рецидива показана лапароскопическая декортикация; у коморбидных пациентов с кистами до 5 см рекомендована чрескожная аспирация со склеротерапией.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана для пункционного лечения кисты почки.
- Плановая госпитализация показана для лапароскопического лечения кисты почки.
- Плановая госпитализация показана для резекции почки с использованием лапароскопического или робот-ассистированного доступа.
- Инфицирование кисты с гнойно-септическими осложнениями — показание к экстренной госпитализации.
- После пункционного или хирургического лечения всем пациентам нужен УЗ-контроль для своевременного выявления рецидивов заболевания; УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какая киста почки считается простой?

По Bosniak I это тонкостенное образование со стенкой до 2 мм, однородным жидкостным содержимым, без перегородок, кальцификации и солидного компонента.

Нужно ли лечить бессимптомную простую кисту почки?

Чаще нет: большинство бессимптомных простых кист наблюдают. Рациональный режим — УЗИ каждые 6 месяцев в течение первого года, затем ежегодно.

Когда при кисте почки нужна КТ с контрастированием?

КТ с внутривенным болюсным контрастированием выполняют для дифференциальной диагностики кист по Bosniak; это золотой стандарт. При признаках осложнённой кисты на УЗИ — утолщении стенки, перегородок, солидном компоненте и др. — требуется КТ или МРТ с контрастированием с описанием по Bosniak.

Есть ли таблетки или физиотерапия для лечения кисты почки?

Нет. В рекомендации прямо указано, что консервативных и медикаментозных методов лечения приобретённой кисты почки не существует.

Что выбрать: пункцию со склерозированием или лапароскопическое иссечение?

У коморбидных пациентов с кистами до 5 см рекомендована чрескожная аспирация кисты с последующей склеротерапией. У молодых неослабленных пациентов с низкими хирургическими рисками, большими кистами и высоким риском рецидива показана лапароскопическая декортикация кисты почки.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/887-kista-pochki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/887_1