

КИСТОЗНЫЕ АНОМАЛИИ

Кистозные поражения почек относятся к аномалиям структуры почечной ткани и диагностируются в 12-15% случаев среди всех урологических заболеваний. Частота их встречаемости составляет 1 на 250 новорождённых.

К наиболее распространенным кистозным поражениям почек относятся солитарные кистозные образования (простая киста почки и чашечковый дивертикул), кистозные образования при АДПКБ, мультикистозная дисплазия. В один род эти виды пороков развития объединяет их общий эмбриофетальный морфогенез.

До недавнего времени кортикальные кистозные образования почек в детском возрасте считались редкими заболеваниями ввиду отсутствия чётких клинических симптомов, торпидностью течения и, как следствие, их низкой выявляемостью.

Прогрессирующий рост кистозных полостей со временем неизбежно приводит к значительным и порой необратимым изменениям в окружающей паренхиме.

СОЛИТАРНАЯ КИСТА

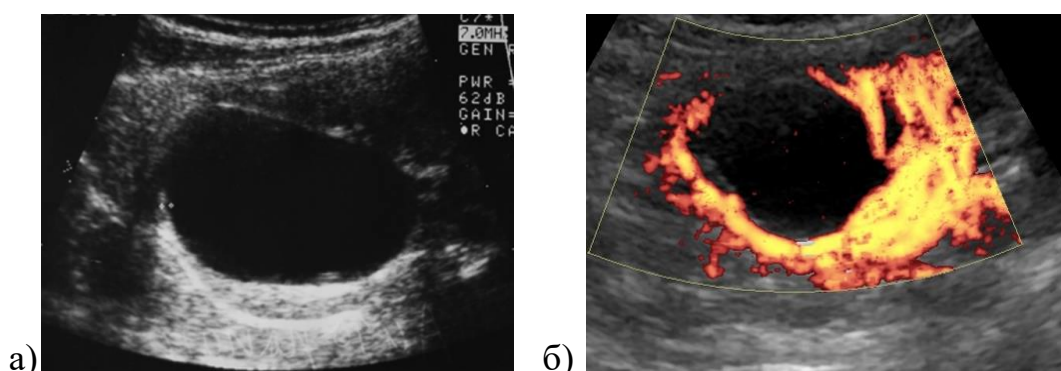
Солитарная киста — одиночное кистозное образование круглой или овальной формы, исходящее из паренхимы почки и выступающее над её поверхностью. Диаметр кисты может достигать различных размеров. Содержимое её, как правило, серозное, изредка геморрагическое вследствие кровоизлияния в кистозную полость, или гнойное из-за воспалительного процесса. Крайне редко встречаются дермоидные кисты, содержащие дериваты эктодермы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Чаще всего кисты почек имеют бессимптомное течение и диагностируют при УЗИ. Иногда больные могут жаловаться на тупую боль в области почки, транзиторную гематурию и лейкоцитурию, в редких случаях при наличии кистозных полостей большого диаметра может отмечаться артериальная гипертензия. Осложнённое течение кисты (её нагноение) проявляется клиникой острого гнойного воспалительного процесса.

Основной метод диагностики — УЗИ с доплерографией, позволяющее локализовать кисту, определить её размеры, соотношение с коллекторной системой почки, и характер кровотока в паренхиме окружающей кистозную полость (рис. 1 а, б).

Рис. 1. Киста верхнего полюса почки. Ультразвуковая сканограмма. а) в В-режиме, б) энергетическое доплеровское картирование.



Экскреторная урография в настоящее время потеряла свою актуальность в диагностике кистозных поражений почки.

Для верификации диагноза в большинстве случаев используется мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием, позволяющая четко определить локализацию, объем кистозного образования, его соотношение с полостной системой почки и магистральными сосудами, выявить сообщение с коллекторной системой, исключить опухолевый процесс (Рис. 2 а, б,).

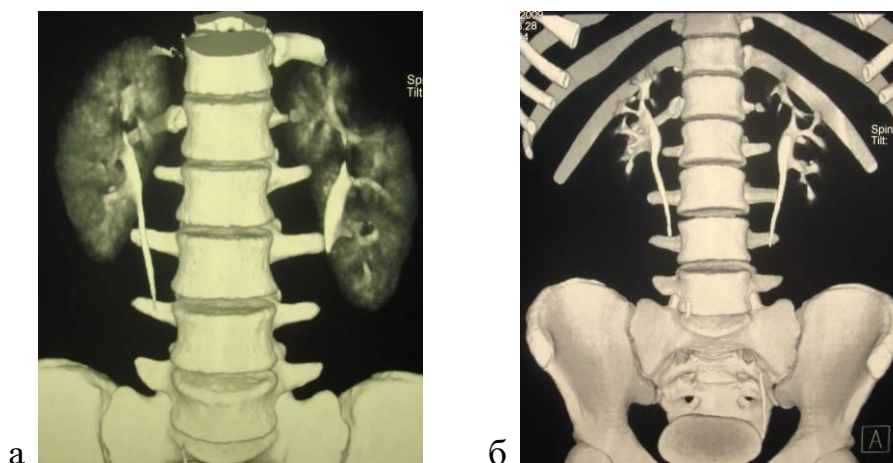


Рис. 2 а, б. Мультиспиральная компьютерная томография с 3D реконструкцией. Киста верхнего полюса левой почки; а) фронтальный срез паренхиматозная фаза, б) фронтальный срез экскреторная фаза.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение солитарных кист почек хирургическое. В настоящее время используются пункционный метод лечения с последующим склерозированием и лапароскопический способ. Показаниями к оперативному вмешательству служат: быстрое увеличение размеров кисты, её диаметр более 30 мм, признаки сдавления соседних участков паренхимы с нарушением уро- и гемодинамики. Способ хирургической коррекции зависит от объема и локализации кистозной полости (рис. 3).



Рис. 3. Киста почки. Пункция и дренирование полости солитарной кисты.

Прогноз в отдалённые результаты после операции благоприятные (рис. 4 а, б, в)

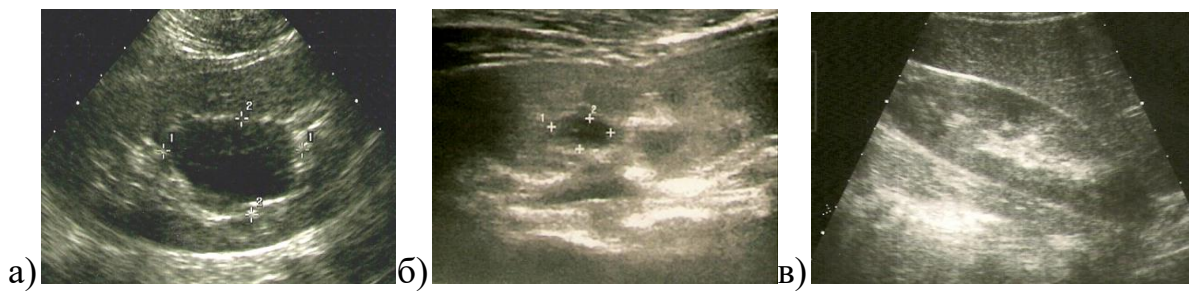


Рис. 4. УЗИ – почки. а) киста правой почки до пункционного лечения; б) остаточная полость через 3 месяца, размерами 3х6 мм, в) результат пункционного лечения кисты почки через 6 месяцев (отсутствие визуализации кистозного образования).

ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК

Поликистоз почек (поликистозная дегенерация, поликистозная болезнь) — наследственная аномалия, поражающая обе почки. Традиционно выделяют два типа почечных поликистозов: инфантильный (детского возраста, обычно) и взрослый (начало в 30–40 лет).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническое течение поликистоза почек зависит от выраженности и распространённости патологического процесса. У детей со злокачественным течением заболевание манифестирует уже в раннем возрасте и проявляется стойкой лейкоцитурией, транзиторной гематурией и протеинурией, гипоизостенурией. Нередко развивается артериальная гипертензия. Прогрессирующее течение заболевания приводит к быстрому развитию ХПН.

При относительно торпидном течении поликистоз проявляется в более старшем возрасте. Дети жалуются на тупые боли в пояснице, быструю утомляемость. При осложнённом течении выявляют признаки пиелонефрита и артериальной гипертензии. Тщательное изучение семейного анамнеза во многом облегчает постановку диагноза.

ДИАГНОСТИКА

Поликистоз почек выявляют при помощи УЗИ, экскреторной урографии, МСКТ, или ангиография.



Рис. 5 а, б. МСКТ. а) фронтальный срез; б) аксиальный срез. Множественные кисты в паренхиме почки. Поликистоз.

В обязательном порядке детям выполняется статическая нефросцинтиграфия для определения объема функционирующей паренхимы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику следует проводить с другими кистозными поражениями почек и опухолью Вильмса. При этом необходимо иметь в виду, что поликистоз всегда характеризуется поражением обеих почек, в отличие от других кистозных аномалий. Отличить поликистоз от опухоли Вильмса позволяет компьютерная томография и ангиография. При наличии опухоли определяется увеличение только одного участка почки с повышением его васкуляризации.

ЛЕЧЕНИЕ

Поликистозная болезнь почек требует динамического наблюдения нефролога с обязательным проведением клинических, биохимических исследований крови и мочи и различных функциональных проб. Цели консервативного лечения — борьба с присоединяющимся пиелонефритом, артериальной гипертензией, коррекция водно-электролитного баланса. В терминальной стадии ХПН используют заместительную терапию, гемодиализ и трансплантацию почки.

В случае быстрого увеличения кист в объёме возможно применение хирургического лечения — пункционное опорожнение кист с последующим склерозированием, как под ультразвуковым контролем, так и с помощью лапароскопической техники. Эта манипуляция уменьшает напряжение в кистозных полостях, улучшает кровообращение в сохранившихся участках паренхимы и стабилизирует состояние больного.

ПРОГНОЗ

Прогноз при поликистозе зависит от клинического течения заболевания и тяжести сопутствующих осложнений (пиелонефрита, артериальной гипертензии, ХПН), хотя известны случаи и длительного (до 70 лет) выживания при доброкачественном течении заболевания.

МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

Мультикистозная дисплазия — аномалия, при которой почечная паренхима полностью замещена кистозными полостями. Мочеточник отсутствует или рудиментарен.

Двусторонняя аномалия несовместима с жизнью.

При одностороннем поражении жалобы возникают лишь в случае роста кист и сдавления окружающих органов, что вынуждает выполнить нефрэктомию.

Диагноз ставят с помощью УЗИ в сочетании с доплерографией (рис. 6).

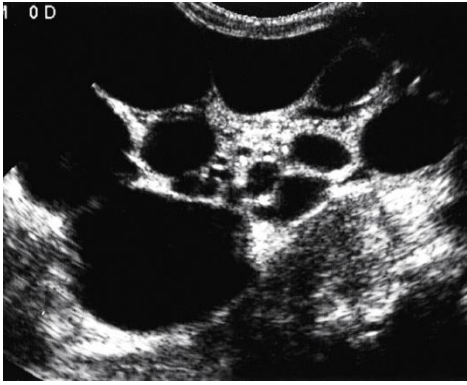


Рис. 6. Ультразвуковое исследование. Мультикистозная дисплазия почки

При экскреторной урографии даже на отсроченных снимках функция пораженного органа не выявляется. При цистоскопии устье мочеточника не визуализируется.

Лечение - динамическое наблюдение, при необходимости - нефрэктомия.

МУЛЬТИЛОКУЛЯРНАЯ КИСТА

Мультилокулярная киста — крайне редкая аномалия, характеризующаяся замещением участка почки многокамерной, не сообщающейся с лоханкой кистой. Остальная часть паренхимы не изменена и нормально функционирует. Порок диагностируют с помощью УЗИ, экскреторной урографии, МСКТ (рис.7).

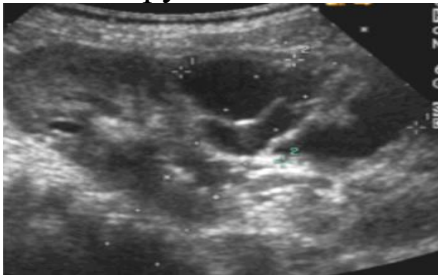


Рис. 7. УЗИ в В-режиме. Мультилокулярная киста почки.

Необходимость в лечебных мероприятиях возникает лишь при развитии осложнений (нефролитиаза, пиелонефрита); при этом выполняют сегментарную резекцию почки или нефрэктомия.