

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК

А.А Бибикова, Л.П Пикалова

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Последние годы в России наблюдается рост больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). В структуре причин, приводящих к терминальной стадии ХПН, 3-е место после гломерулонефрита и пиелонефрита занимает поликистоз почек [5]. В организме человека вряд ли можно найти орган, в котором чаще, чем в почке, формировались бы разнообразные кисты. Решению вопросов лечебной тактики в мировой литературе уделено далеко не последнее место, однако до сих пор нет каких-либо определенных выводов.

Цель исследования: изучить анатомические особенности поликистозной ткани мужчин и женщин

Материалы и методы: секционные случаи мужчин и женщин с акцентом на гистологическую картину поражения почек с использованием ретроспективного метода.

Результаты и обсуждения: По данным литературы поликистоз приводит к развитию терминальной почечной недостаточности у 10-14% нефрологических больных [2,4,5].

Под поликистозом почек понимают хроническое, наследственное заболевание, в основе которого лежит образование в почках кист, различающихся по размерам и содержанию, приводящее к развитию хронической почечной недостаточности. Кисты располагаются в мозговом и корковом слоях почки; в окололоханочной области, в самих лоханках почки. По своей структуре киста – это расширенный сегмент нефрона или собирательной трубки. Стенки кист – слой измененного канальцевого эпителия или тонким слоем соединительной ткани, которая является перегородкой между ними. Размер кист определяется количеством содержимого и изменяется в различных пределах: от мелких (менее 2 мм в диаметре, содержащих не более 3 мм жидкости) до гигантских. Располагаться кисты могут в одной и обеих почках; могут быть одиночными или множественными. Кисты сочетаются участками здоровой почечной ткани, количество которой уменьшается из-за роста кист. Кистозная жидкость сообщается с канальцевым содержимым, кровеносными сосудами почек, содержимым почечной лоханки.

Актуальность данной темы исследования была обусловлена неспособностью существующих методов лечения предотвратить нарастание размеров и числа кист почек, которые ведут к существенному изменению функции почек. По статистике поликистоз почек обнаруживается на вскрытии у 50% лиц, страдавших различными урологическими заболеваниями. Данные литературных источников позволяют поддержать точку зрения, что заболевание может быть как врожденным, так и приобретенным. Различают

поликистозную болезнь, наследуемую по аутосомно-доминантному типу (АДПП – поликистоз взрослых) и наследуемую по аутосомно-рецессивному типу (АРПП – поликистоз детей). Эти заболевания различаются как по типу наследования, так и по клинической картине и по патоморфологической картине.

При врожденном дефекте киста развивается из зародышевых канальцев, утративших связь с выводящими путями. Причиной является внутриутробная обструкция уретры, которая приводит к возникновению субкапсулярных простых солидарных кист. Приобретенный характер киста почки может иметь в результате ретенционных процессов, развившихся вследствие многих заболеваний, чаще пиелонефрита, мочекаменной болезни, туберкулеза, опухоли почек и др.

По известным теориям патогенеза – теория нарушения эмбрионального развития. Это приводит к частичному или полному закрытию канальцев почки, которые в последующем превращаются в кисты.

Теория повышенной растяжимости базальной мембраны канальцев, в основе лежит биохимический дефект базальной мембраны генетической природы, приводящий к изменению физических свойств базальной мембраны канальцев или к нарушению взаимодействия киста-матрикс. Предрасполагающие к делатации кист [Wilson P.D. et al., 1993].

Теория нарушенной секреции. При кистозной болезни имеется обратное физиологическому направлению движения воды и растворенных веществ. При этом наблюдается приток (вместо оттока) из измененных участков нефрона, что ведет к образованию кист.

Теория пролиферации. В различных экспериментальных моделях поликистозной болезни был обнаружен аномальный рост эпителиальных клеток и продукция избыточной базальной мембраны. На образование кист оказывают влияние факторы локального микроокружения, продуцируемые в почках цитокины или факторы роста [3]. Простая киста почки приводит к поликистозу почек: ретенционно-воспалительная - киста развивается в результате обструкции канальцевых и мочевых путей, а также воспаления; пролиферативно-неопластическая - возникновение кисты связано с избыточной пролиферацией почечного эпителия с злокачественным превращением; эмбриональная - результат дефектного соединения между фильтрационной и секреторной частями метанефронов и экскреторной ткани мезонефральных протоков.

Таким образом, можем утверждать, что до настоящего времени происхождение и развитие кисты почки остаются до конца невыясненными и единой точки зрения на этот вопрос не существует. Так, принято считать что характерное для простой кисты почки жидкое содержимое прозрачно имеет лимонный цвет. Фундаментальные исследования состава жидкости из кисты, а также проницаемости капсулы выполнил A.Steg(1975) на основе пунктата 100 простых кист. Анализ таких данных позволил автору сделать вывод, что состав жидкости из кисты сходен с составом интерстициальной жидкости и плазмы.

Это в свою очередь дало основание предположить, что капсулы кисты похожа на негативную мембрану а жидкость внутри кисты пассивно уравнивается с интерстициальной, не взаимодействуя с ней. Длительное бессимптомное течение как небольшой, так и достаточно крупной кисты (возможно не одной) не позволяет установить истинную частоту заболевания.

На современном этапе специфическое лечение поликистозной болезни почек не разработано. При лечении применяют симптоматическую терапию, направленную на коррекцию осложнений и продления жизни больного. В стадию компенсации применяют хирургические методы лечения. Медикаментозная терапия больных с поликистозом направлена на контроль артериальной гипертензии. При инфицировании кист используют антибактериальную терапию. При болевом синдроме используют анальгезирующие препараты, автономную блокаду нервов, иглорефлексотерапию. При развитии ХПН применяют гемодиализ и трансплантацию почки.

Выводы: Из анализа личных наблюдений, можно сказать, что кисты почки диагностируют радиоизотопными, рентгенологическими и ультразвуковыми методами у 3% всех взрослых урологических больных. По мере накопления числа наблюдений, как собственных, так и по данным научных источников, мы убеждаемся в том, что кисты почек чаще имеют место у мужчин и в настоящее время не вызывает никаких сомнений. Большинство исследователей, основываясь на разном числе наблюдений, считают, что заболевание проявляет себя наиболее часто у больных 40-60 лет.

По нашим данным, частота выявления простой кисты почки увеличивается с возрастом, достигает максимума в интервале между 61 и 70 годами жизни человека. Почка мужчины 47 лет с микрокистой составляют следующие размеры: длина-124мм; ширина-52мм; толщина-43мм. Размеры кисты: длина-10мм; ширина-4мм. Почка женщины 65 лет с поликистозом: длина-135; ширина-63мм; толщина-47мм. Размеры кист: от 4 до 15мм. Уменьшения числа рабочих нефронов и потери эластичности кровеносных сосудов. Также при исследовании 12 препаратов почек мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет в 50 % нами были выявлены наличие микрокист в корковом слое. Предполагаем, это связано с гормональными изменениями у женщин старше 45 лет, травмами, инфекциями или генетической предрасположенностью у мужчин.

Литература

1. Андреева Э.Ф. Ларионова В.И., Савенкова Н.Д. Аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный поликистоз почек // Нефрология 2004; Том 8. №2.
2. Бибков Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в РФ в 1998-2007 гг. Нефрология и диализ; 2009 г; Т.11.№3
3. Дюк К.А., Беннет В.М. Кистозная болезнь почек. Руководство по нефрологии. Пер. с англ. Под ред. Дж. Витворт, Дж.Р. Лоранс – М.: Медицина; 2000 г.

4. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки. М.: Медицина; 1989 г.
5. Тареев И.Е. Нефрология. Руководство для врачей. М.: Медицина; 2001 г. 688с.
6. Шилов Е.М. Нефрология – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007 г.