

Костюк Е. В.

МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПОЧЕК

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Берник Ж. В.

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии

*Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тесстемицану,
г. Кишинёв, Республика Молдова*

Мультикистозная дисплазия почек является разновидностью аномалий структуры паренхимы почек и формируется в результате некорректного эмбриогенеза. Таким образом развивается только секреторный аппарат постоянной почки по причине абсолютного отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы, либо отсутствия закладки экскреторного аппарата.

Актуальность данной проблемы заключается в частоте этого вида порока, особенностях ранней диагностики, наблюдении пациентов и наличии контролерий в подборе схемы лечения, вариации исхода заболевания от полной инволюции пораженной почки до роста показателей детской инвалидности и детской смертности. Поражение почек при данной аномалии развития в 80% случаев одностороннее и встречается в 2 раза чаще у мальчиков. При двустороннем поражении почек дети погибают в период новорожденности или рождаются мёртвыми. Неблагоприятный исход наблюдают по причине абсолютного отсутствия функциональной активности почек.

Согласно анализу результатов многочисленных опубликованных исследований в развитии этого заболевания выявлены следующие этиологические факторы:

1. Тератогенные факторы (внутриутробные инфекции – энтеровирус, цитомегаловирус, адено-вирус; медикаменты – противоэпилептические средства);
2. Генетические факторы – мультикистозная дисплазия почек наблюдается в составе генетических синдромов.

Клиническая картина данной аномалии чаще – асимптомна, реже – представлена неспецифическими симптомами со стороны противоположной почки, а также пальпируемая безболезненная, плотно-эластической консистенции, малоподвижная абдоминальная масса со стороны пораженной почки. Также существует ряд аномалий ассоциированных мультикистозной дисплазии почек: пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 20% случаев, пиелоуретеральный стеноз – 15% случаев, эктопия мочеточника и другие.

Диагностика данной аномалии проводится антенатально с помощью ультразвукового обследования: множественные мелкие кисты почки становятся видны уже на 15 – 16 неделе гестации и хорошо различимы на 21 – 32 неделе гестации.

Значительный интерес представляют работы по анализу предиктивных факторов для ультразвуковой инволюции мультикистозной дисплазии почек, среди которых отмечается размер почки <62 мм и определена пропорционально обратная связь возраста ребенка и быстроты темпа инволюции почки.

Не существует единого мнения о выборе тактики лечения. Наличие ассоциированных аномалий или воспалительного процесса в мультикистозной почке осложняет течение заболевания. Нефрэктомию преимущественно выполняют по следующим показаниям: обнаружение кист большого диаметра при ультразвуковом обследовании, боль в ипсилатеральном фланге, ренальная артериальная гипертензия. По результатам многолетних исследований и выполненным подсчётом, часть авторов считает необходимым выполнение нефрэктомии, основываясь на сложности исключения новообразования почки до операции, рентабельности и имеющимся прогрессам в оперативной технике.