
Встречаемость различных вариантов кист почек по классификации М.А. Bosniak в структуре урологических заболеваний

Н.С. Пузырев

студент 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ
E-mail: fullxays@gmail.com

М.В. Самигуллин

студент 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ
E-mail: marsvils@mail.ru

Д.А. Максимова

студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ
E-mail: fullxays@mail.ru

Научный руководитель: **С.Н. Стяжкина**,
д.м.н., профессор, кафедра факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ,
г. Ижевск.

Аннотация: Кисты почек — наиболее часто встречающаяся разновидность аномалий структуры паренхимы почек. По некоторым данным частота встречаемости данной патологии составляет 3% взрослых урологических больных.

Ключевые слова: киста почек, жидкостные образования почек

Актуальность: Кисты почек занимают по данным литературы от 3 до 5 % среди всей структуры урологической патологии. В 70% случаев они протекают бессимптомно и их удается диагностировать только при исследовании других заболеваний почек. Однако в некоторых случаях течение данной патологии может осложняться кровоизлиянием в полость кисты, инфицированием кисты почки, разрывом капсулы кисты почки, а также переходом в злокачественную форму.

Цель: Изучить частоту встречаемости различных вариантов кист почек на основе классификации М.А. Bosniak.

Задачи: Установить соотношение различных вариантов кист почек на практике.

Материалы и методы. Изучение историй болезни 68 пациентов с диагнозом киста почки (38 женщин, 30 мужчин) возрасте от 26 до 85 лет, за период 2012 — 2016 года на базе урологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Основные черты патологии.

Простая (солитарная) киста почки[3] — распространённое урологическое заболевание, характеризуется наличием отдельного жидкостного образования почки, которое может встречаться в толще почечной ткани или на ее поверхности (подкапсульно). Они занимают первое место среди всех пороков развития почек, обусловлены как генетическими заболеваниями, так и факторами, нарушающими внутриутробное развитие плода.

Этиология и патогенез.

Развитие простой кисты почки, специалисты связывают с наличием определенных способствующих факторов. Так, риск рассматриваемого заболевания существенно возрастает при: Хронических инфекционных процессах почки (хронический пиелонефрит), травмах почки (проникающие ранения, операции, ушибы), других онкологических процессах почки и склерозе артерий органа.

При поражении почечных тканей проходимость одного или нескольких собирательных канальцев, функция которых заключается в проведении и реабсорбции первичной мочи. Непроходимый канал под давлением продолжающей поступать жидкости расширяется, образуя полость, заполненную серозным или геморрагическим содержимым. Образовавшийся пузырь и получил такое название, как простая киста (солитарная). В дальнейшем в действие вступают компенсаторно-приспособительные механизмы организма больного и непосредственное поступление жидкости в поврежденный канал прекращается. Однако рост кисты может продолжаться за счет продуцирования серозного секрета собственными клетками эндотелия опухоли. Особый механизм развития кист (врожденная солитарная киста) встречается у детей. В его основе лежит изначальное нарушение строения почки на этапе внутриутробного развития. В дальнейшем это приводит к частому рецидивированию заболевания даже после хирургического удаления опухоли. Процесс роста кисты может продолжаться длительно, до момента полного прекращения функционирования пораженной почки. Порой солитарная киста достигает размеров самого органа, но это происходит далеко не во всех случаях заболевания. Многие кисты прекращают свое развитие при минимальных размерах и не приводят к появлению какой-либо клинической картины, кроме данных ультразвуковой или рентгенологической диагностики.

Классификация.

Классификация по Босняку[1] используется для оценки кистозных новообразований в почках на основании их вида на КТ с целью прогнозирования риска возникновения злокачественного образования.

Категория	Характерные черты	Дальнейшая тактика
I	Простая доброкачественная тонкостенная киста без перегородок, кальцификатов или солидного компонента. Содержимое имеет жидкостную плотность, не контрастируется	Доброкачественные, дальнейшего наблюдения не требуется
II	Доброкачественная киста. Может содержать несколько тонких перегородок, в которых может наблюдаться «кажущееся контрастирование». В стенках и перегородках возможно наличие мелких или незначительно утолщенных кальцификатов. В эту же группу включают образования однородной высокой плотности размером ≤ 3 см с четкими контурами, не накапливающие контраст	Доброкачественные, дальнейшего наблюдения не требуется

IIF (F—follow-up, динамическое наблюдение)	Эти кисты могут иметь множество тонких перегородок. Может отмечаться минимальное равномерное утолщение, а также «кажущееся контрастирование» стенок или перегородок. В них могут встречаться кальцификаты, в том числе широкие и узловатые, однако измеряемого накопления контраста не происходит. Контуры, как правило, четкие. В эту категорию входят также не накапливающие контраст образования высокой плотности размерами > 3 см, полностью находящиеся внутри почки	Динамическое наблюдение. Небольшая часть образований являются злокачественными
III	Сомнительные кистозные образования с равномерно или неравномерно утолщенными стенками или перегородками с измеряемым накоплением контраста. Некоторые из них являются доброкачественными (геморрагические кисты, кисты с хронической инфекцией, мультилокулярная кистозная нефрома), другие — злокачественными (кистозный и мультилокулярный кистозный ПКР)	Хирургическое вмешательство или динамическое наблюдение. Свыше 50% новообразований имеют злокачественный характер
IV	Явно злокачественные кистозные образования, обладающие всеми характеристиками III категории и, кроме того, содержащие мягкотканые компоненты, накапливающие контраст, прилежащие, но не связанные со стенками или перегородками. Эти новообразования включают кистозный рак	Рекомендуется хирургическое вмешательство

Диагностика кист почек. Так как зачастую клиническая картина кисты почек выражена слабо либо отсутствует вовсе главную роль в диагностике играют инструментальные методы исследования[2].

- 1) Ультразвуковое исследование почек (УЗИ).
- 2) Компьютерная томография почек (КТ).
- 3) Магнитно-резонансная томография (МРТ).
- 4) Гистологическое исследование пунктата кисты.

Полученные результаты. Наиболее частая локализация кисты отмечалась в переднем верхнем сегменте почки — 38 случаев (55,5%), в 15 случаях (22,2%) — в нижнем переднем сегменте, наиболее редко в нижнем сегменте — 8 случаев (11,1%). По классификации М. А. Bosniak в структуре данного заболевания наблюдается следующее распределение: I группа — 36 случаев (53,3%), II группа — 18 случаев (26,6%), IIF группа — 9 случаев (13,3%), III группа — 5 случаев (6,8%), IV группа — 0 случаев (0%).

Вывод. Таким образом, было выявлено, что в структуре данной патологии на первом месте — I группа (36 случаев-53,3%), на втором — II группа (18 случаев-26,6%), на третьем — IIF группа (9 случаев-13,3%), на четвертом — III (5 случаев-6,8%), на пятом IV группа — 0 случаев.

Список литературы

1. Антонов Алексей Витальевич Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение // Урологические ведомости. 2012. № 4 С.32-41.

2. Урология: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающая по специальности 060101.63 «Лечeb. дело» по дисциплине «Урология» / под. ред. Н.А.Лопаткина. — 7-е изд., перераб. и доп.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011-816 с.

3.

4. Медицинский портал для врачей и студентов www.kostyuk.ru [Электронный ресурс], — <http://www.kostyuk.ru/sitenews/index/585.html> — статья в интернете.