

© С.Н.Калинина, М.В.Яковлев, Н.О.Тиктинский, 2006
УДК 616.61-003.978-089.87-072.1

С.Н. Калинина, М.В. Яковлев, Н.О. Тиктинский

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ТАЗОВО-ДИСТОПИРОВАННОЙ АПЛАЗИРОВАННОЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

S.N. Kalinina, M.V. Yakovlev, N.O. Tikinsky

LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY OF THE PELVIS-DYSTOPIC APLASTIC RIGHT KIDNEY (CLINICAL OBSERVATION)

Кафедра урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Россия

Ключевые слова: почки, аномалии развития, аплазия, лапароскопическая нефрэктомия.

Key words: kidneys, maldevelopment, aplasia, laparoscopic nephrectomy.

Аномалии развития мочеполовых органов составляют более 30% всех врожденных пороков развития человека [1]. Люди с аномалией мочеполовых органов могут в течение многих лет не подозревать о наличии у них порока развития. Односторонняя аплазия (агенезия) почки относится к аномалии количества почек и является результатом отсутствия или остановки развития вольфова протока на соответствующей половине мочевого тракта. Аплазированная почка не имеет ни лоханки, ни истинной почечной ножки. У 15% больных с агенезией почки на стороне поражения выявляются нижняя треть мочеточника и его устья [2]. В литературе при этой аномалии использовался термин «дисгенезия почки». Сохранившиеся элементы аплазированной почки расположены в фибролипomatозной ткани и обычно не функционируют и не секреторируют мочу, а мочеточник развит слабо, часто не имеет просвета, что указывает на нарушение развития почки в раннем эмбриональном периоде до полного формирования нефрона.

Среди аномалий расположения (дистопия): поясничная, подвздошная, торакальная встречаются у 1 на 1000 новорожденных, а тазовая дистопия встречается еще реже, почка при этом может находиться между прямой кишкой и мочевым пузырем. Некоторые авторы указывают на боли в животе, повышение артериального давления у больных с таким заболеванием [2].

Проведение оперативного лечения при таком заболевании видимо целесообразно, чтобы не пропустить опухоль. В связи с развитием малоинвазивной хирургии операцию можно выполнить эндовидеохирургическим методом. В качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Больной Т., 34 лет, обратился с жалобами на тупые периодические боли в правой паховой области в течение 2 лет (с 2003 г). Дизурии, макрогематурии не отмечает. Лечился в этот период по поводу простатита. В детском возрасте болел краснухой, часто ОРВИ, гриппом. При сборе анамнеза установлено, что после удаления липомы правой подмышечной впадины в 1992 году был отмечен внезапный отек лица и повышение АД до 200/100 мм рт. ст., которые сохранялись в течение нескольких месяцев и купировались антигистаминными и гипотензивными препаратами.

Больной госпитализирован в клинику урологии Александровской больницы и обследован. При объективном исследовании общее состояние удовлетворительное.

Вес 86,5 кг, рост 185 см., правильного телосложения, вторичные половые признаки развиты по мужскому типу. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не определяются. Пульс 80 уд. в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Почки лежа и стоя не пальпируются, сотрясение поясничной области с обеих сторон безболезненное. При перкуссии остаточная моча в мочевом пузыре не определялась. Диурез за сутки от 1 до 1,5 литров. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции с четкими ровными контурами, семенные пузырьки не пальпируются.

Дополнительных образований при бимануальном (ректальном и со стороны брюшной полости) исследовании не определялось. Яички и их придатки обычных размеров, семявыносящие протоки пальпируются с обеих сторон. Не женат, половая жизнь с 18 лет, беременностей у половых партнерш не было.

Анализ при поступлении: Общий анализ мочи: кол. – 150 мл, отн. плот. – 1021, прозр., реакция – кислая, белок – 0, сахар – 0, лейкоциты – 0-1-2 в п. зр., эр. – 0-1-2; Общий анализ крови: эр. – $5,2 \times 10^{12}$ г/л, Нб – 167 г/л, ц.п. – 0,9, L – $4,9 \times 10^9$ г/л, эозин. – 4%, палоч. – 1, сегм. – 57, лимф. – 26%, моноц. – 12%, СОЭ – 2 мм/час; Биохимия крови: моче-



Рис. 1. Экскреторная урография. Функция левой почки не нарушена. Контрастирование правой почки отсутствует.



Рис. 2. Компьютерная томография (КТ). Левая почка расположена обычно. Паренхима ее однородна, несколько увеличена.

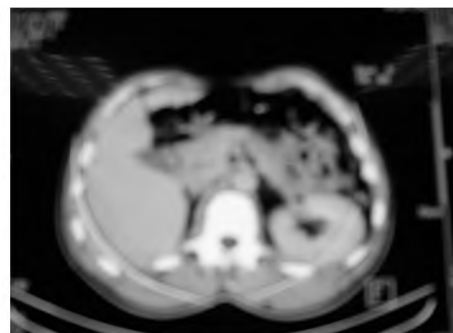


Рис. 3. КТ. В полости малого таза ретроvesикально определяется объемное образование с неровными четкими контурами размерами 5,3x 8,7 x 6,5, не накапливающее контрастный препарат.

вина – 8,4 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л, билир. – 6,5; АЛТ-16, АСТ – 24. Коагулограмма: протромбин – 95%, АПТВ – 40,0, ИК – 0,89, тромбиновое время – 18,2, фибринолит. активность – 10.

Ультразвуковое сканирование почек и предстательной железы: правая почка лоцируется ниже диафрагмы на 12 см, представлена жидкостным образованием трапециевидной формы размерами 90x57 см с застойным содержимым, от которого отходит мочеточник до 46 мм. По контуру верхнего полюса этого образования прослеживается тканевая структура – паренхиматозный слой почки. Левая почка размерами 144x72x62 мм, полостная система не расширена, толщина паренхимы 23 мм, обычной эхогенности. Предстательная железа размерами 38x30x36 мм (объем 21,7 см³ с ровными контурами, однородная, обычной эхогенности. Заключение: Тазовая дистопия правой почки, гидронефроз, мегауретер. Компенсаторная гипертрофия левой почки.

Обзорная рентгенография – тени конкрементов в обеих почках не определяются, на серии **экскреторных урограмм** на 5, 15, 20-й минутах контрастирования правой почки нет; функция левой почки не нарушена (рис. 1).

Компьютерная томография. Печень не увеличена, структура ее однородна, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не изменен. Поджелудочная железа не увеличена, структура однородная, вирсунгов проток не расширен. Перипанкреатическая клетчатка сохранена. Левая почка расположена обычно, несколько увеличена 8,7x5,4 см, паренхима однородная, экскреторная функция прослежена своевременно (рис. 2). Перинефральная клетчатка не изменена. Забрюшинно, начиная от ложа правой почки вниз до малого таза, визуализируется в форме тяжа жидкостной плотности структура максимальным диаметром до 2,0 см. В полости малого таза ретроvesикально определяется объемное образование в виде многокамерной кисты с небольшим мягкотканым компонентом по задней поверхности, с неровными, четкими контурами, размерами 5,3x8,7x6,5 см, не накапливающее контрастный препарат (рис. 3). Жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено.

Предстательная железа не увеличена, с ровными кон-

турами. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Заключение: тазовая дистопия дисплазированной правой почки.

Аортография. Выявлено образование, накапливающее контраст, проецирующее ближе к мочевому пузырю. По данным аортографии, селективной ангиографии подвздошных артерий, поясничных артерий, верхней и нижней брыжеечной артерий магистральный кровоток не выявлен.

Ультразвуковое сканирование мочевого пузыря с тугим наполнением: За мочевым пузырем справа определяется группа анэхогенных образований вытянутой неправильной формы различного диаметра до 49 мм. Четкого сообщения с мочевым пузырем этих образований не выявлено.

Цистоскопия. Тубус цистоскопа свободно введен в мочевой пузырь. На задне-боковой стенке справа визуализируется возвышение и буллезный отек слизистой не воспалительного характера. По-видимому данные симптомы вызваны плотным прилеганием дистопированной правой почки к мочевому пузырю. Устье правого мочеточника не визуализируются, левое устье без изменений.

Больному произведена эндовидеохирургическая операция трансперитонеальным доступом под эндотрахеальным наркозом с положением больного на спине.

Лапароскопическая тазовая нефрэктомия справа: введено 4 эндопорта, 2 по 10 и 2 по 5 мм в типичных точках. Инсуффляция CO₂ до 12 мм рт. ст. При ревизии малого таза выявлено нетипичное тяжистое образование, расположенное между мочевым пузырем и прямой кишкой, располагающее внебрюшинно. После вскрытия брюшины визуализируется тяжистое образование диаметром 8,0 см, выделенное с большими техническими трудностями из окружающих тканей. После предварительного его лигирования проксимальная часть этого образования представлена тяжем. Произведена перевязка предполагаемых сосудов почки, пересечение и удаление ее через резиновый баллон. Введен дренаж в малый таз. Десуффляция. Швы на кожу.

Макропрепарат – образование размерами 8,0x 2,0 см, в виде неровного тяжа темновато-розового цвета, при разрезе выделилось до 2 мл мутной жидкости без запаха.

Гистологическое заключение: полостное образова-

ние с выраженной гладкомышечной стенкой, отечной и инфильтрированной круглоклеточными элементами подслизистой. Выстилка представлена переходным эпителием мочевых путей. Аплазия правой почки.

Больной выписан из стационара на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение уролога.

Таким образом, в диагностике аномалий мочеполовых органов, особенно при сочетании аплазии и дистопии почек, необходим комплекс диагностических методов, позволяющих выявить данную патологию и поставить показания для ла-

пароскопического удаления нефункционирующей почки в труднодоступной зоне малоинвазивным методом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лопаткин НА (ред). Урология, 5-е изд., перераб.и дополн. ГЭОТАР-МЕД, М., 2004; 92-99
2. Пытель АЯ (ред). *Руководство по клинической урологии. Заболевания почек и верхних мочевых путей*. Медицина, М., 1969; 238-258

Поступила в редакцию 20.04.2006 г.