

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИДРОНЕФРОЗА У БОЛЬНОГО С РЕТРОКАВАЛЬНЫМ МОЧЕТОЧНИКОМ

А. Б. ЖИБОРЕВ, И. С. СОБЕННИКОВ

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сведения об авторах:

Жиборев Б.Н. – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургических болезней с курсом урологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В статье представлено редкое клиническое наблюдение пациента, страдающего редкой врожденной аномалией развития органов мочевыделительной системы – ретрокавально расположенным мочеточником, на фоне нетипичных клинических проявлений заболевания.

Ретрокавальный мочеточник – аномальное расположение средней трети мочеточника позади нижней полой вены, синдром задержки редукции правой кардинальной вены[3]. Эта аномалия встречается относительно редко, 1 на 1500 вскрытий. Ретрокавальное расположение мочеточника чаще бывает у мужчин, чем у женщин (4:1) и, как правило, с одной стороны (справа). В литературе описан только один случай двустороннего ретрокавального мочеточника. Ретрокавальное расположение мочеточника — результат нарушения эмбрионального развития нижней полой вены. Возможно несколько вариантов такой аномалии, но наиболее распространенный — когда дорсальная дуга эмбрионального околопочечного венозного кольца не развивается. Правый мочеточник из почечных ворот направляется к нижней полой вене, обгибая ее сзади, а затем располагается между нею и брюшной аортой. Далее, после перекреста с передней поверхностью общей подвздошной артерии, он, как и в норме, направляется к мочевому пузырю.

Клиническое значение синдрома заключается в формировании ретрокавально расположенного мочеточника, его компрессии и нарушении пассажа мочи из правой почки[1].

В диагностическом поиске причины почечной колики важное значение имеют дополнительные методы исследования. К ним относятся: обзорная и экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря, микроскопическое исследование мочи. При выявлении пиелоэктазии и конкрементов в проекции мочеточника, причина почечной колики обычно не вызывает сомнений. Однако, следует помнить, что не всякую тень в проекции мочевой системы можно считать мочевым конкрементом. За камни мочеточника могут быть ошибочно приняты флеболиты, петрифицированные лимфоузлы брыжейки кишечника, каловые камни в аппендиксе и др.[2] Гидронефроз или пиелоэктазия при этом могут быть следствием иных причин, не связанных с обструкцией мочеточника камнем.

Под нашим наблюдением находился больной Л., 17 лет. По-

ступил в клинику 4.02.2014. Поводом для госпитализации явилось наличие пиелоэктазии справа, которая была диагностирована у пациента при профилактическом обследовании.

При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное, температура тела на момент осмотра – 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 76 в минуту. АД – 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Стул регулярный, кал оформленный. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии не отмечает, диурез адекватный.

Результаты лабораторного обследования: общий анализ мочи без патологических изменений.

В общем анализе крови: эр. – 4,75 x 10¹²/л, Нб – 156 г/л, лейкоц. – 10,7 x 10⁹/л, Эоз. – 4%, Пал./яд. – 2%, Сегм./яд. – 68%, Лимф. – 24%, Мон. – 2%, СОЭ – 2 мм/час. В биохимических анализах крови: мочевины – 4,2 ммоль/л, креатинина – 70,4 мкмоль/л. При УЗИ почек: левая почка размерами 108x50мм, ТСП – 15 мм, ЧЛС не расширена. Правая почка размерами 109x42мм, ТСП – 15 мм, лоханка – 30 мм, чашки расширены до 13 мм. На обзорной рентгенограмме мочевой системы: справа, в проекции средней трети мочеточника определяются три дополнительных образования, напоминающие тени конкрементов, расположенных друг за другом.

Было высказано предположение, что гидронефроз справа является следствием МКБ, камней средней трети мочеточника, по поводу чего назначено лечение и дообследование. Учитывая отсутствие указаний в анамнезе больного на почечную колику, отсутствие микрогематурии, была выполнена контрольная рентгенография. Рентгеновские снимки сопоставлены в сравнении, что позволило выявить миграцию конкрементов относительно друг друга, что не характерно для камней мочеточника (рис. 1). На экскреторных урограммах (рис. 2) выявлено угнетение выделительной функции справа, гидронефроз на

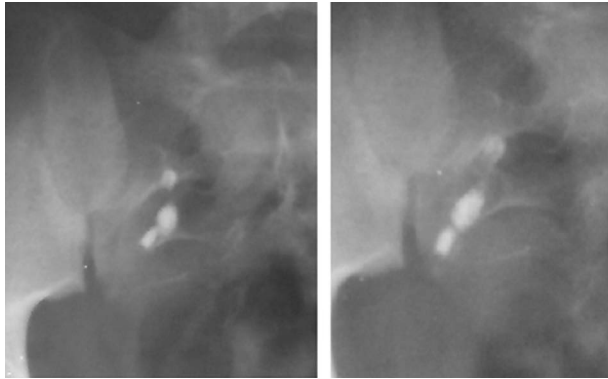


Рис. 1 Миграция конкрементов относительно друг друга на обзорной и контрольной рентгенограммах мочевой системы



Рис. 2. Экскреторная урография на 15 минуте. Вид гидронефроза; тени, напоминающие камни мочевых конкрементов

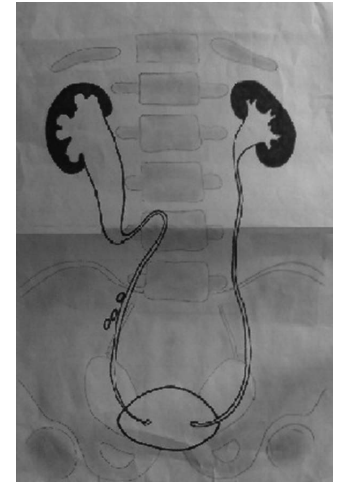


Рис. 3. Схематичное изображение выявленных у больного патологических изменений.

фоне ретрокавально расположенного мочеточника. Тени конкрементов располагались латеральнее мочеточника (рис. 3). Описываемые на рентгенограммах тени являлись скоплением рентгенопозитивных камней, расположенных в аппендикулярном отростке. Больному было предложено оперативное лечение в плановом порядке по поводу аномалии развития мочевой системы – ретрокавального мочеточника справа, гидронефроза справа, хронического пиелонефрита в фазе ремиссии.

21.03.14 больному выполнена резекция лоханочно-мочеточникового сегмента по Я. Кучера: под общей анестезией выполнен доступ в забрюшинное пространство. Обнаружен obstructивный гидронефроз, обусловленный ретрокавальным расположением мочеточника. Мочеточник выделен и выведен из ретрокавального пространства. Выполнена резекция лоханки и мочеточника с наложением анастомоза мочеточника по Я. Кучера. Мочеточник свободно проходим. Установлена нефростомы с интубацией мочеточника, выполнено дренирование паранефрия. Рана послойно ушита до дренажей.

Течение послеоперационного периода без осложнений, больной выписан под наблюдение уролога по месту жительства.

Интерес проводимого наблюдения состоит в редкости описываемой патологии и трудностях дифференциальной диагно-

стики причины, вызвавшей гидронефроз у больного с аномалией развития мочевой системы.

Ретрокавальный мочеточник – редкая аномалия, выявляемая чаще всего у детей старшего возраста, вследствие невыраженности клинической симптоматики, в том числе хронического пиелонефрита. Знание рентгенологических признаков ретрокавально расположенного мочеточника позволяет поставить правильный диагноз без привлечения ангиографических исследований.

Список литературы

1. Головки Ю.И., Головина Э.И., Алейников Я.Н., Кучинский М.П. Гидронефроз и ретрокавальный мочеточник. г. Санкт-Петербург, 2007
2. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2002
3. С.Х. Аль-Шукри, Р.Э. Адмий, Ю.А. Бобков и др. Урология, М., 2005.

CLINICAL CASE OF HYDRONEPHROSIS IN A PATIENT WITH RETROCAVAL URETER

A. B. ZHIBOREV, I. S. SOBENNIKOV

Ryazan State Medical University named after acad. I.P.Pavlov, Ryazan

The article presents a rare clinical observation of a patient suffering from a rare congenital anomaly of the development of the urinary system - a retrocaval ureter on the background of atypical clinical manifestations of the disease.