

© С. Н. ЗОРКИН, Д. С. ШАХНОВСКИЙ, 2012

УДК 616.613/.617-007.272-089

С. Н. Зоркин, Д. С. Шахновский

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОБСТРУКЦИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

Урологическое отделение (зав. – проф. С. Н. Зоркин) ФГБУ Научный центр здоровья детей РАМН (дир. – акад. РАН и РАМН А. А. Баранов), Москва

Сергей Николаевич Зоркин, д-р мед. наук, проф., zorkin@nczd.ru

Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, приводящая к развитию гидронефроза у детей, достаточно хорошо известная и изученная проблема детской урологии. Этиологические факторы могут быть представлены врожденным и приобретенным генезом. Значительно чаще встречаются врожденные причины, среди которых основными являются: стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, aberrantный сосуд к нижнему полюсу почки, клапаны слизистой оболочки [1]. Приобретенные причины представлены окклюзией лоханочно-мочеточникового сегмента конкрементом лоханки почки или сдавлением просвета данного сегмента объемным образованием извне. На сегодняшний день лечение врожденного гидронефроза не представляет собой сложной задачи. Выполняются открытые, лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции, заключающиеся в резекции патологического сегмента и наложении нового лоханочно-мочеточникового анастомоза по Андерсену–Хайнсу [2]. В среднем резецируется около 2,0–3,0 см патологического участка, что не вызывает трудностей для сближения разъединенных частей лоханки и мочеточника. В последнее время, особенно у детей раннего возраста, используются эндоскопические методы с применением стентирования лоханочно-мочеточникового сегмента.

В этой статье мы приводим редкое наблюдение причины обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента папилломатозными разрастаниями, обтурирующими полость лоханки и просвет мочеточника.

Больной П., 13 лет, поступил в клинику 05.12.11. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается с 2003 г., когда по данным ультразвукового исследования органов мочевыделительной системы было выявлено расширение чашечно-лоханочной системы справа. Ребенок находился под динамическим наблюдением по месту жительства, так как отмечалась II степень гидронефроза, не требующая оперативного лечения. В ноябре 2011 г. присоединилась макрогематурия, и после проведения таких исследований, как компьютерная томография и экскреторная урография, была отмечена отрицательная динамика, выражающаяся в нарастании степени обструкции. Надо отметить, что ни один из методов визуализации не позволил заподозрить наличие папилломы. Однако на экскреторной урографии нами было отмечено наличие дефекта наполнения лоханки в области перехода ее в мочеточник,



Рис. 2. Лоханочно-мочеточниковый сегмент, пораженный папилломатозом (макропрепарат).

явно мягкотканного генеза (рис. 1, см. на вклейке). Интраоперационно ниже лоханочно-мочеточникового сегмента был выделен увеличенный в диаметре мочеточник до 3 см, пальпаторно в нем определялось мягкотканное образование. При резекции лоханочно-мочеточникового сегмента обнаружены папилломатозные разрастания, заполняющие часть просвета лоханки и прорастающие по ходу мочеточника на длину около 5,0 см (рис. 2). Несмотря на то, что в данном случае была выполнена большая резекция лоханочно-мочеточникового сегмента (более 5,0 см), нам удалось наложить анастомоз по Андерсену–Хайнсу, сблизив такой большой диастаз тканей. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пиелостомы были удалены на 12-е сутки. Мальчик в удовлетворительном состоянии был выписан домой на 14-е сутки после оперативного лечения.

Таким образом, данное наблюдение иллюстрирует еще одну редкую причину обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента, о которой следует помнить, особенно при нарастающей степени обструкции и присоединении макрогематурии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. – СПб., 1997. – Т. 2. – С. 274.
2. Пугачев А. Г. Детская урология. – М., 2009. – С. 278–290.

К ст. В. М. Чекмарева и соавт.



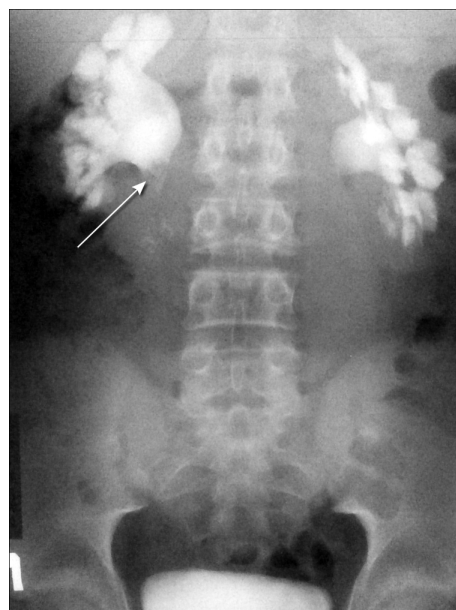
Место перфорации купола слепой кишки инородным телом (металлическая пластина от батарейки).

Рис. 2. Фистулограмма ребенка И.

К ст. А. В. Писклакова и соавт.



К ст. С. Н. Зоркина и соавт.



К ст. Маикова и соавт.

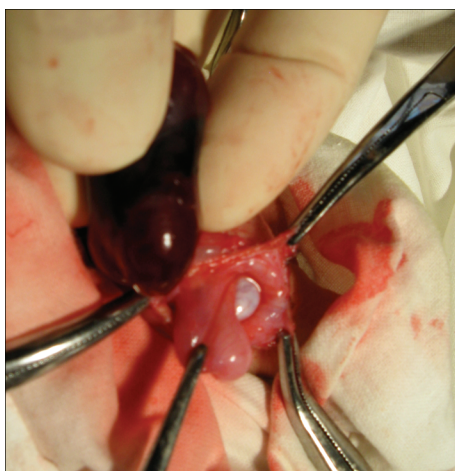


Рис. 1. Вид перекрученной, некротизированной гигагиды во время операции.

Рис. 1. Экскреторная урография (стрелкой обозначен дефект наполнения лоханки справа).

К ст. Ю. Н. Козлова и соавт.

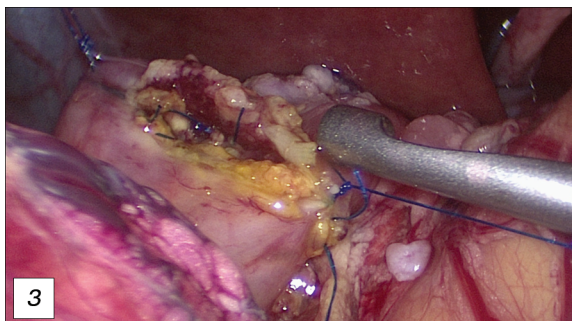
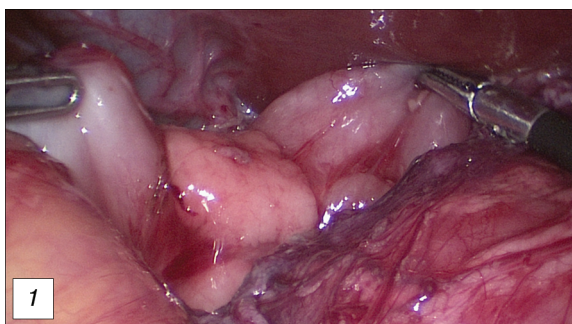


Рис. 1. Эндоскопический вид дуоденальной атрезии в сочетании с кольцевидной поджелудочной железой (зажим справа фиксирует приводящую порцию двенадцатиперстной кишки, зажим слева – отводящий сегмент, между ними – ткань поджелудочной железы).

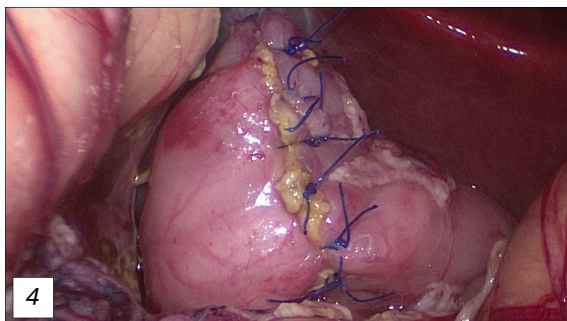
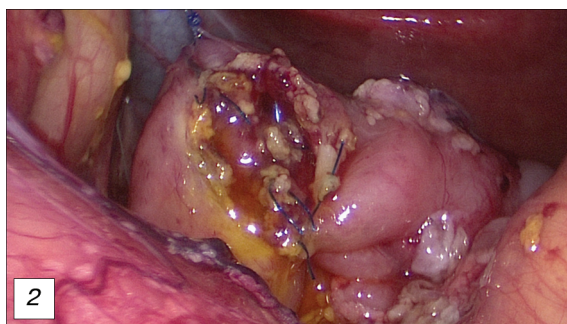


Рис. 2. Формирование задней стенки дуоденального анастомоза.

Рис. 3. Начало конструкции передней линии дуоденодуоденостомии.

Рис. 4. Окончательный вид лапароскопического анастомоза Кимура.