

**СИМУЛЬТАННОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЛЕВОЙ ПОЧКИ С ТАЗОВОЙ ДИСТОПИЕЙ
(анализ клинического случая)**

А.Т. Байгазаков, Н.А. Маманов, Усон уулу Б.
Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье рассмотрен случай успешного симультанного лапароскопического лечения больной с полиорганной аномалией внутренних органов (мультикистозная дисплазия левой почки с тазовой дистопией, однорогая матка) в сочетании с полипозом желчного пузыря и спаечной болезнью брюшной полости. Произведена симультанная лапароскопическая операция – адгезиолизис, холецистэктомия, нефрэктомия слева, тубэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационное стационарное пребывание больной составило 4 суток. Показана высокая диагностическая и лечебная эффективность лапароскопических технологий в симультанной хирургии.

Ключевые слова: мультикистозная дисплазия почки, симультанная операция, лапароскопия.

**ЖАМБАШ ДИСТОПИЯСЫ МЕНЕН СОЛ БӨЙРӨКТҮН МУЛЬТИКИСТОЗДУК
ДИСПЛАЗИЯСЫН СИМУЛЬТАНДЫК ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ҮКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО
(клиникалык ишин талдоо)**

А.Т. Байгазаков, Н.А. Маманов, Усон уулу Б.
Эндовидеохирургиялык борбору ЮРФА-Clinic,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада ички органдардын полиоргандык аномалиянын (жамбаш көндөйүндө жайгашкан сол бөйрөктүн мультикистоздук дисплазиясы, бир мүйүздүү жатын) өт баштыкчасынын полипозу жана ич көндөйүнүн жабышып калуу оорусу менен айкалышкан оорулууну симультандык лапароскопиялык дарылоонун ийгиликтүү байкоосу каралды. Симултандык лапароскопиялык операция – адгезиолизис, холецистэктомия, сол нефрэктомия, тубэктомия – жасалды. Операциядан кийинки мөөнөтү татаалдыксыз өттү. Оорулуунун операциядан кийинки бейтапканада жатуусу 4 сутканы түздү. Симултандык хирургияда лапароскопиялык технологиялардын дарт аныктоодо жана дарылоодо жогорку натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: бөйрөктүн мультикистоздук дисплазиясы, симултандык операция, лапароскопия.

**SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC TREATMENT OF MULTICYSTIC DYSPLASIA
OF THE LEFT KIDNEY WITH PELVIS DYSTOPIA (analysis of clinical case)**

A.T. Baigazakov, N.A. Mamanov, Uson uulu B.
Endovideosurgical center YURFA-Clinic,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: the article considers case of successful simultaneous laparoscopic treatment of a patient with multiple organ anomalies of internal organs (multicystic dysplasia of the left kidney with pelvic dystopia, unicorn uterus) combined with gallbladder polyposis and adhesive disease of the abdominal cavity. Simultaneous laparoscopic surgery was carried out - adhesiolysis, cholecystectomy, left nephrectomy, tubectomy. The postoperative period proceeded without complications. Postoperative inpatient stay of the patient was 4 days. High diagnostic and therapeutic efficacy of laparoscopic technologies in simultaneous surgery is shown.

Key words: multicystic kidney dysplasia, simultaneous operation, laparoscopy.

Введение

Врожденные аномалии развития внутренних органов – это стойкие патоморфологические изменения органа, выходящие за пределы нормальных анатомических вариаций и развивающиеся вследствие нарушения процесса эмбриогенеза [1].

Мультикистозная дисплазия почек является врожденной аномалией, при которой почечная паренхима замещается кистами различного размера. Данная аномалия в основном бывает односторонней; двусторонняя локализация отмечается в 20% случаев [2]. Форма и размеры кист при мультикистозе могут быть разнообразными,

стенки их состоят из фиброзной ткани с участками гиалиноза и кальциноза; между кистами располагается фиброзная и соединительная ткань. Мультикистозная почка характеризуется скудной клинической симптоматикой, выявляется случайно при обследовании, а также при УЗИ по поводу различных заболеваний, не относящихся к мочевой системе [1, 2].

В нашей клинической практике имеется одно наблюдение полиорганной аномалии внутренних органов, состоящей из мультикистозной дисплазии левой почки с тазовой дистопией и однорогой матки, сочетающейся со спаечной болезнью брюшной полости и полипозом желчного пузыря. В доступной нам литературе мы не встретили подобных случаев и решили поделиться данным интересным и редким клиническим наблюдением.

Больная Ш.С.Ш., 59 лет, история болезни №171-Х-39, госпитализирована в ЮРФА-Clinic 23.03.2015 г. для симультанного лапароскопического лечения с предварительным диагнозом «Цистаденома левого яичника. Полипоз желчного пузыря». В анамнезе пациентку беспокоили боли и увеличение живота за счет объемного образования брюшной полости в течение 5-6 лет. Прошла УЗИ 26.02.2015 г., определили кисту левого яичника. Рекомендовано оперативное лечение. В 2002 г. больная перенесла лапаротомию, овариоцистэктомия справа. Страдает сахарным диабетом 2 типа. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Общий кожный покров и склеры обычной окраски. АД 140/80 мм рт.ст. Пульс 76 в мин. Живот увеличен в нижнем отделе, участвует в дыхании, в надлобковой области имеется послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, болезнен в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$, Л-39%, Н-53%, Э-2%, М-6%, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд.вес – 1010, белок – 0,3 г/л, глюкоза - полож, лейкоциты – 5-8 в поле зрения, эпителий – 5-8 в поле зрения, эритроциты – отр, соли – оксалаты, бактерии – отр. Биохимический анализ крови: ПТИ – 90,4%, фибриноген – 4,880 г/л, протромбиновое время – 21 секунд, глюкоза крови – 14,26 ммоль/л, гликолизированный гемоглобин – 10,5%, АЛТ – 0,14 мккат/л, АСТ – 0,07 мккат/л, общий билирубин – 10,4 мкмоль/л, тимоловая проба – 4 Ед, креатинин –

70,28 мкмоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, амилаза крови – 70,7 Е/л, HBsAg – отр., anti-HCV-сум.а/тела – отр., сифилис сумм.а/тела – отр. РЭА – 3,46 нг/мл, СА-125 – 17,2 МЕ/мл, калий - 3,87 ммоль/л, натрий – 146,2 ммоль/л.

УЗИ: полип желчного пузыря, диффузные изменения печени, цистаденома малого таза больших размеров (10x11) мм, вероятно исходящую из левого яичника. Хронический пиелонефрит. Викарная гипертрофия правой почки. Вторично сморщенная левая почка.

МРТ: данные за неоплазму (цистаденому?) левого яичника с выстоянием в брюшную полость, субмукозная миома задней стенки матки. Состояние после операции цистэктомии справа.

26.03.2015 г. произведена симультанная лапароскопическая операция: адгезиолизис, холецистэктомия, нефрэктомия слева, тубэктомия.

Ход операции: через разрез в умбиликальной области в брюшную полость проведен 10-мм троакары и создан пневмоперитонеум в режиме 12 мм рт.ст. При ревизии в брюшной полости патологической жидкости не обнаружено, в нижнем этаже имеется висцеро-париетальный спаечный процесс. Желчный пузырь не увеличен, расположен свободно без спаек. Матка однорогая с аномальным отсутствием левого яичника и отклонена вправо. От матки ближе ко дну отходит единственная маточная труба. Правый яичник отсутствует (был удален в 2002 г.). В забрюшинном пространстве малого таза имеется солидное опухолевидное образование эластической консистенции с бугристой и дольчатой поверхностью, содержащее жидкость и достигающее в размере 10x9x6 см. Кистозное образование верхним полюсом доходит до корня брыжейки тонкой кишки, которая вместе с брыжейкой и сосудами интимно припаяна с образованием. Также единственная маточная труба была на всем протяжении припаяна к данному кистозному образованию. Произведена стандартная лапароскопическая холецистэктомия. Желчный пузырь эвакуирован через эпигастральный порт, который затем был ушит. Больная переведена в положение Тренделенбурга. Петли кишечника отведены краниально. Маточная труба отсечена от матки и мобилизована от брыжейки. Рассечена брюшина брыжейки тонкой кишки, послойно образование отделено от брыжейки и проходящих в ней сосудов. Произведена пункция кистозного образования, эвакуировано около 100 мл прозрачной жидкости. Дальнейшее выделение образования сопровождалось выраженным диффузным кровотоком из сосудов, питающих кистозное образование, его капсула васкуляризована, при тракции

легко рвется с развитием интенсивного кровотечения. С техническими трудностями образование мобилизовано. При этом обнаружена трубчатая структура, отходящая от образования и идущая в левое забрюшинное пространство. Рядом с этой трубчатой структурой находилась основная артерия. Трубчатая структура открывается в полость кистозного образования. Холангиостомической канюлей произведена ее канюляция, при этом канюля до конца свободно проходит по трубчатой структуре. Через нее введен раствор метиленового синего, но где она заканчивается выяснить не удалось. На трубчатую структуру наложены 2 клипсы и она отсечена. Произведено удаление кистозного образования. Макропрепарат эвакуирован в эндоконтейнере. Санация и контроль гемостаза. В малый таз подведен дренаж. Общая кровопотеря составила около 500 мл.

Гистологическое заключение №769-03-26/03-15: 1. Почка – поликистоз, кистозная дисплазия почечной ткани, олигомеганефрония, хронический пиелонефрит. 2. Хронический холецистит с холестерозом, железистые полипы желчного пузыря. 3. Маточная труба – огрубение ворсин, атрофия слизистой.

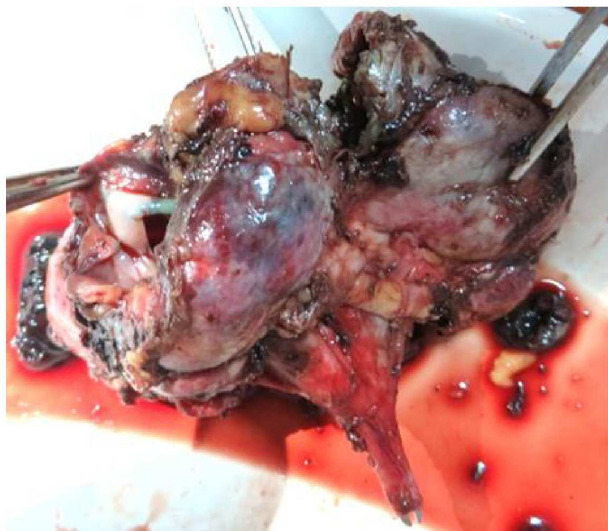


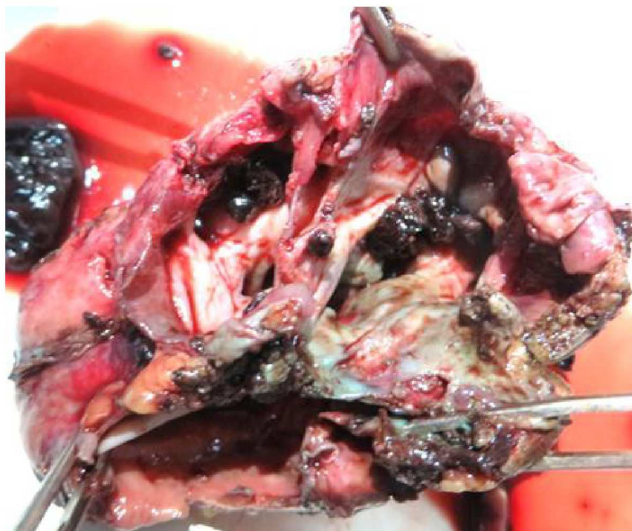
Рис. 1. Макропрепарат: мультикистозная дисплазия левой почки: множественные кистозные полости почечного синуса, с перегородками и истонченной паренхимой.

Большая до сих пор находится под нашим наблюдением. Состояние удовлетворительное,

Результаты и обсуждение

При контрольном УЗИ патологии в брюшной полости не выявлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии через 4 суток после операции с заключительным клиническим диагнозом «Полиорганный аномалия. Мультикистозная дисплазия левой почки с тазовой дистопией. Викарная гипертрофия правой почки. Хронический пиелонефрит. Однорогая матка. Полипоз желчного пузыря. Хронический холецистит. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации».

При ретроспективном анализе данного клинического наблюдения необходимо уточнить, что вначале нам не было ясно, что это аномальная почка, которая была расположена забрюшинно в тазовой области и верхним полюсом доходила до корня брыжейки тонкой кишки. Подозрение, что это почка у нас появилось лишь в конце операции, когда нам удалось полностью выделить почку с трубчатыми структурами ее ворот, лигировать сосуды и мочеточник. Последний в виде трубчатой структуры отходил от образования в забрюшинное пространство. Правильной ориентации мешало также и то, что почка была подвёрнута мультикистозной дисплазии (рис. 1).



жалоб не предъявляет. На рисунке 2 можно оценить косметический результат проведенной симультанной лапароскопической операции.



Рис. 2. Общий вид кожных ран больной (через неделю после операции)

Заключение

Приведенный клинический случай еще раз демонстрирует высокую эффективность лапароскопических технологий в симультанном оперативном лечении сочетанных патологий, в т.ч. и при полиорганных аномалиях.

Литература:

1. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. Киев. 1987: 416.
2. Крыганова Т.А., Длин В.В. Частота аномалий органов мочевой системы и функциональное состояние почек в зависимости от степени выраженности дисплазии соединительной ткани у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии* 2016; (3): 81-86.