

ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ. ОПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Пяттоев Ю.Г.¹, Лисицына Н.А.²

¹ Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

² Детская республиканская больница, Петрозаводск

Введение. Ятрогенные повреждения мочеточника в детском возрасте приводятся как казуистические наблюдения.

Описание наблюдения. Мальчик Б., 15 лет, поступил из районной больницы с жалобами на периодические боли в животе и выбухание в проекции рубца правой подвздошной области. Из анамнеза известно, что четыре года назад пациент оперирован по поводу флегмонозного аппендицита. В протоколе операции нет указаний на технические трудности и особенности аппендэктомии. Через год в области рубца появилось выбухание. Отмечал непостоянные боли в животе, правой поясничной области. При поступлении состояние удовлетворительное. При осмотре живота — асимметрия за счет выбухания в проекции рубца, которое увеличивалось в горизонтальном положении. Пальпаторно живот был мягкий, в области рубца, ближе к крылу подвздошной кости, определялось эластичное, безболезненное, не спаянное с рубцом образование размерами 6 × 7 см. Выполнено УЗ исследование: правая почка представлена полостным образованием размерами 129 × 47 мм, с истонченной паренхимой до 5–8 мм и увеличенной лоханкой 91 × 43 мм. От нижнего полюса почки отходит трубчатое образование диаметром 9 мм (мочеточник?). Левая почка размерами 118 × 50 мм, нормальной эхо плотности. Эктазии коллекторов нет. При сканировании рубца правой подвздошной области — в толще брюшной стенки (5 мм от поверхности) выявлены два овальной формы полостных образования, размерами: 64 × 44 × 63 мм (объемом до 90 см³) и 27 × 27 × 39 мм. Содержимое образований неоднородное с мелкодисперсной взвесью. На внутривенных урограммах (в том числе в отдаленные сроки) функции правой почки нет. Под наркозом выполнена пункция образования, получено 40,0 мл прозрачной бесцветной жидкости. После введения 30% урографина оба образования законтрастированы, при этом выявлено и контрастирование расширенного правого мочеточника и коллекторов правой почки. Выполнена цистоскопия, при катетеризации правого мочеточника имеется стойкое препятствие на 7 см от устья.

С диагнозом «Правосторонний уретерогидронефроз, нефункционирующая правая почка, мочевиная киста правой подвздошной области» мальчик взят в операционную. Доступом Израэля справа обнажено забрюшинное пространство. Правая почка гидронефротически изменена, напряжена. При ее пункции удалено 200,0 мл прозрачной мочи, паренхима почки составляет 3–4 мм. Мочеточник расширен до 1,5 см, выделен до крыла подвздошной кости, где определяются два тонкостенных кистозных образования. С одним из них имеется узкое сообщение. Одна из кист тесно прилежит к слепой кишке, при ее выделении вскрыт просвет кишки. Наложен 2-рядный шов на дефект кишки. Дистальнее кист мочеточник имеет диаметр 4 мм, прошит, перевязан, отсечен. Завершена нефруретерэктомия.

При гистологическом исследовании почки — картина хронического пиелонефрита вне обострения. Стенка кисты представлена фиброзной тканью без выстилки, которая врастает в стенку измененного мочеточника в месте их сообщения.

Послеоперационный период протекал гладко, выписан в удовлетворительном состоянии. Отдаленный результат не прослежен, пациент на вызов не явился.

Заключение. Таким образом, у пациента после аппендэктомии сформировалась ложная мочевиная киста — уринома. Возможной причиной травмы мочеточника стало его пристеночное ранение при коагуляции ложа отростка с последующим развитием забрюшинного фиброза.