



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
АО «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР УРОЛОГИИ ИМ. АКАДЕМИКА Б.У.
ДЖАРБУСЫНОВА»

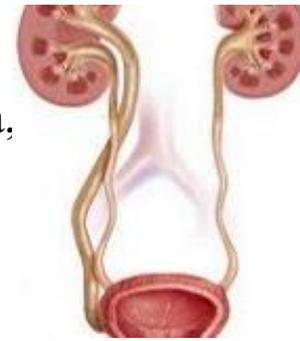


**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ
УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ
(демонстрация собственных клинических
наблюдений)**

Абзалбеков А. З.

Алматы 2017г.

Эктопия отверстия мочеточника – аномалия топографии мочеточника, заключающаяся в нетипичном внутрипузырном или внепузырном расположении его устья. При внепузырной эктопии устья мочеточника отмечается произвольное подтекание мочи на фоне сохранного мочеиспускания; внутрипузырные виды аномалии сопровождаются развитием пиелонефрита и уретерогидронефроза.

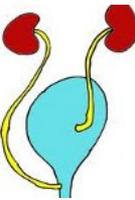


Встречается он у одного на 4000—5000 новорожденных мужского пола, а у женщин — один случай на 1000—1200. Впервые этот порок развития описал Schroder в 1674 году. E. Cox и J. A. Hutch (1966).

При эктопии мочеточника его устье может открываться дистального угла треугольника Льео либо впадать в соседние органы (уретру, влагалище, матку, кишечник, семенные пузырьки и т. д.).

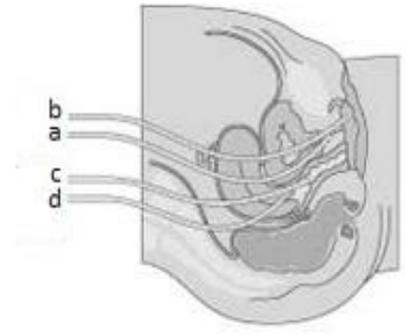
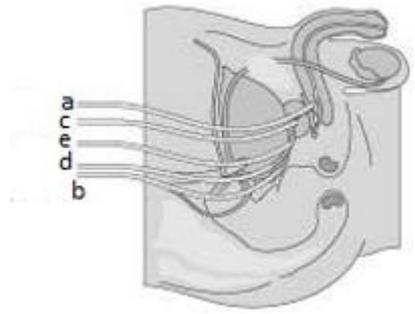
Эктопия устья мочеточника может быть односторонней или двусторонней, интравезикальной (внутрипузырной) или эктравезикальной (внепузырной).

В зависимости от локализации устья мочеточника различают шеечно-пузырную, уретральную, парауретральную (вестибулярную), гименальную, влагалищную, маточную, кишечную и др. виды эктопии.



Патогномоничным признаком внепузырной эктопии устья мочеточника у девочек и женщин служит постоянное неконтролируемое капельное выделение мочи при сохранном нормальном акте мочеиспускания. Усиление непроизвольного выделения мочи отмечается при движениях, смене положения тела, физической активности.

У мальчиков и мужчин эктопия устья мочеточника в простатическую уретру проявляется рецидивирующими пиелонефритом, тупыми болями в пояснице и животе, пиурией, ургентными позывами и учащенным мочеиспусканием. При впадении эктопированного мочеточника в придаток яичка может развиваться клиника эпидидимита. Также для эктопии устья мочеточника у мужчин характерны боли неопределенного характера в промежности и области таза, дискомфорт при эякуляции, запоры, бесплодие, асимметрия мошонки или живота, наличие в животе или поясничной области пальпируемого образования. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса обуславливает постепенное развитие гидронефроза.

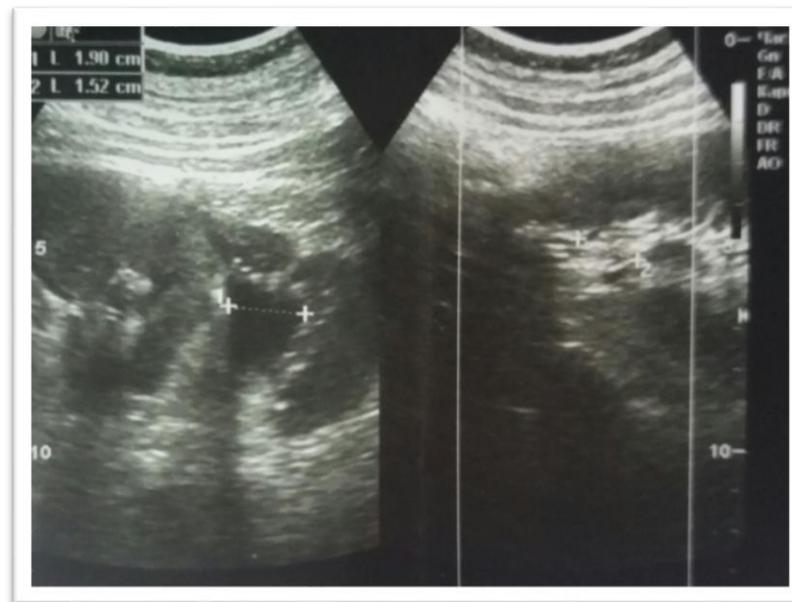
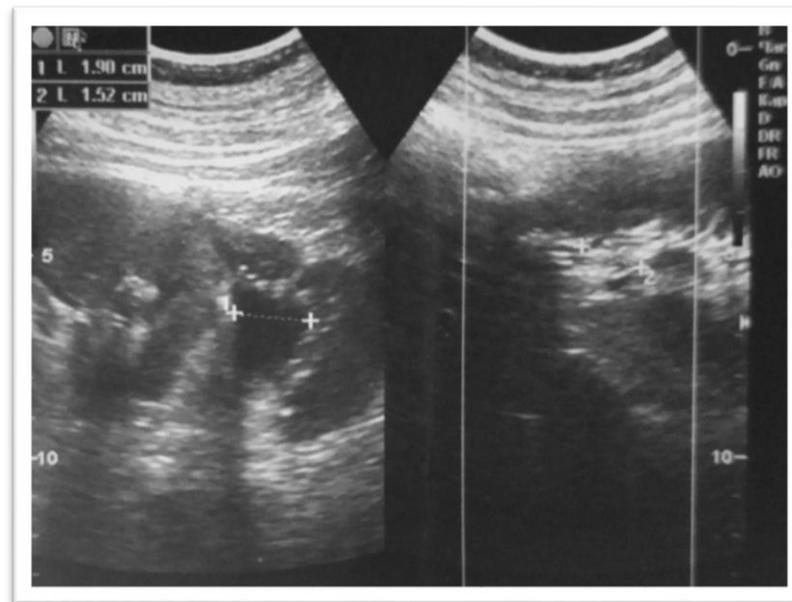


Материалы и методы исследования

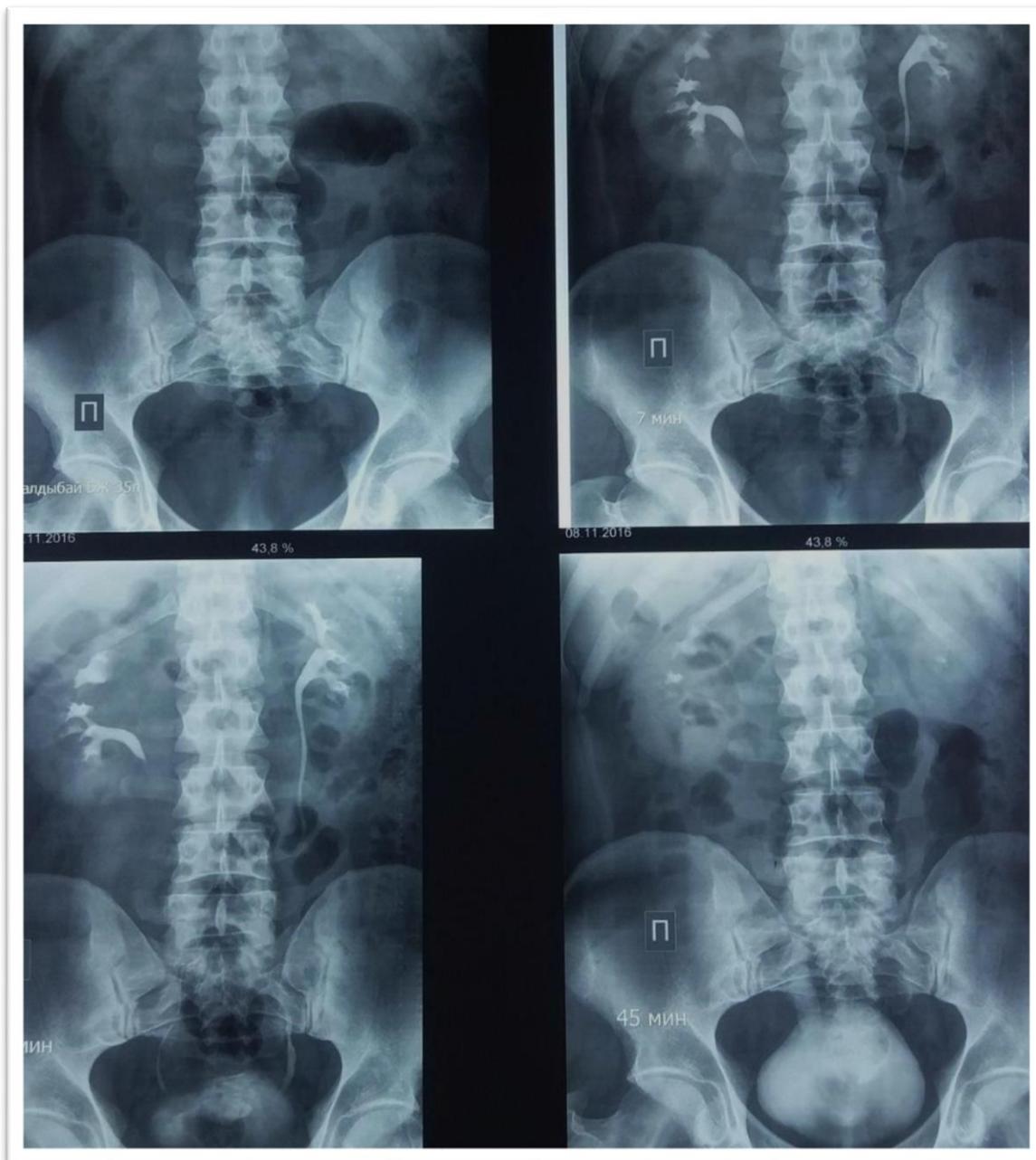
В условиях НЦ урологии период с 2015 года по 2017гг. 3 пациентам с диагнозом Аномалия развития верхних мочевых путей (АРВМП). Эктопия устья правого мочеточника. Уретерогидронефроз справа. Произведено оперативное вмешательство в объеме: в одном случае лапароскопическая уретероцистонеостомия и в двух случаях- уретероцистонеостомия по Политано –Леадбеттера с антирефлюксным механизмом по Блохину с внутренним дренированием.

- Стационарное обследование пациентов состояло из:
- Общеклинического обследования (лабораторные данные)
- Инструментальные исследования:
- УЗИ верхних мочевыводящих путей и мочевого пузыря,
- Экскреторная урография (с нисходящей цистограммой).
- КТ почек и мочеточников (с контрастированием).
- Уретроскопия, цистоскопия, уретероскопия с ретроградной уретеропиелографией.

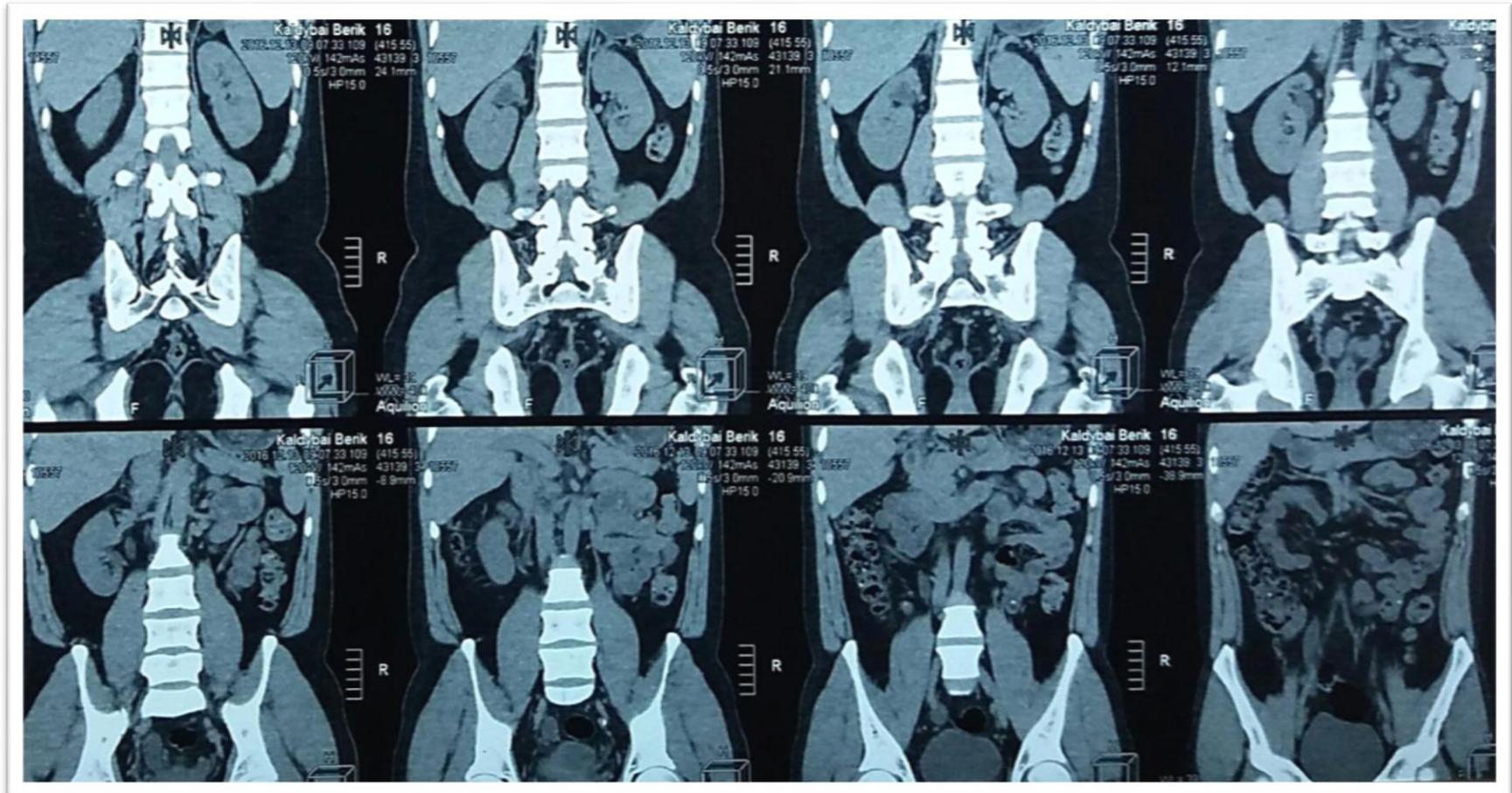
- Пациент К. 35 лет.
- Поступил с жалобами на дизурию, частое болезненное мочеиспускание.
- **Из анамнеза:** вышеуказанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет. лечился по поводу хронического пиелонефрита и простатита без эффекта.
- Клинико-лабораторные данные без особенностей.
- **Инструментальные исследования:**
- **УЗИ почек:** Левая почка без особенностей. Правая почка 119*61 мм, паренхима в верхнем сегменте 3-14мм, в нижнем сегменте 20-21мм. Чашечки 7-8, лоханка 21мм. ЧЛК нижней половины не расширен.



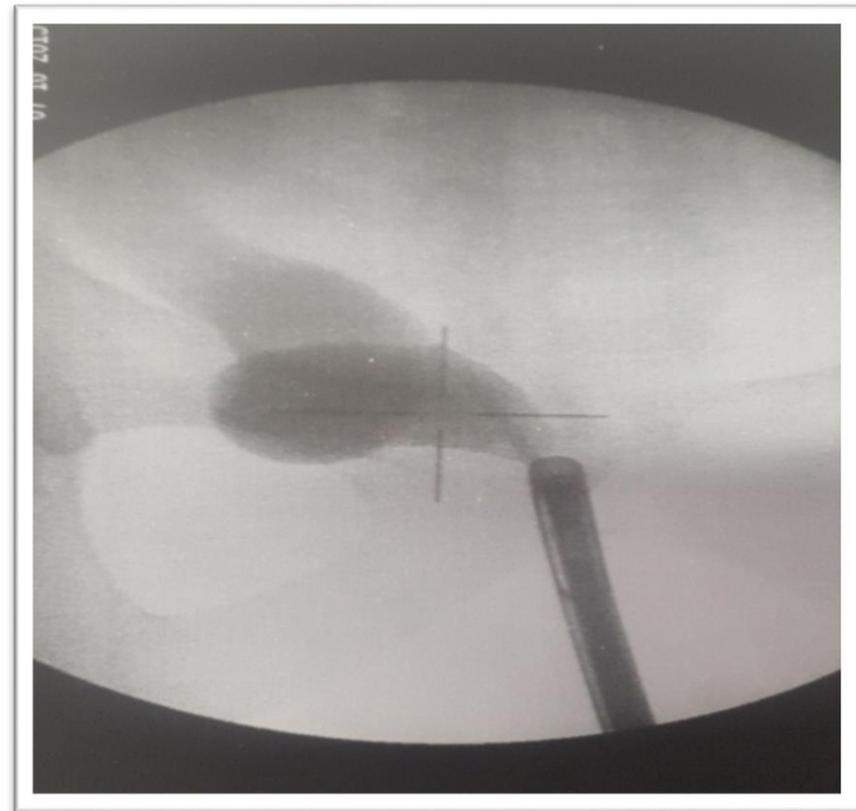
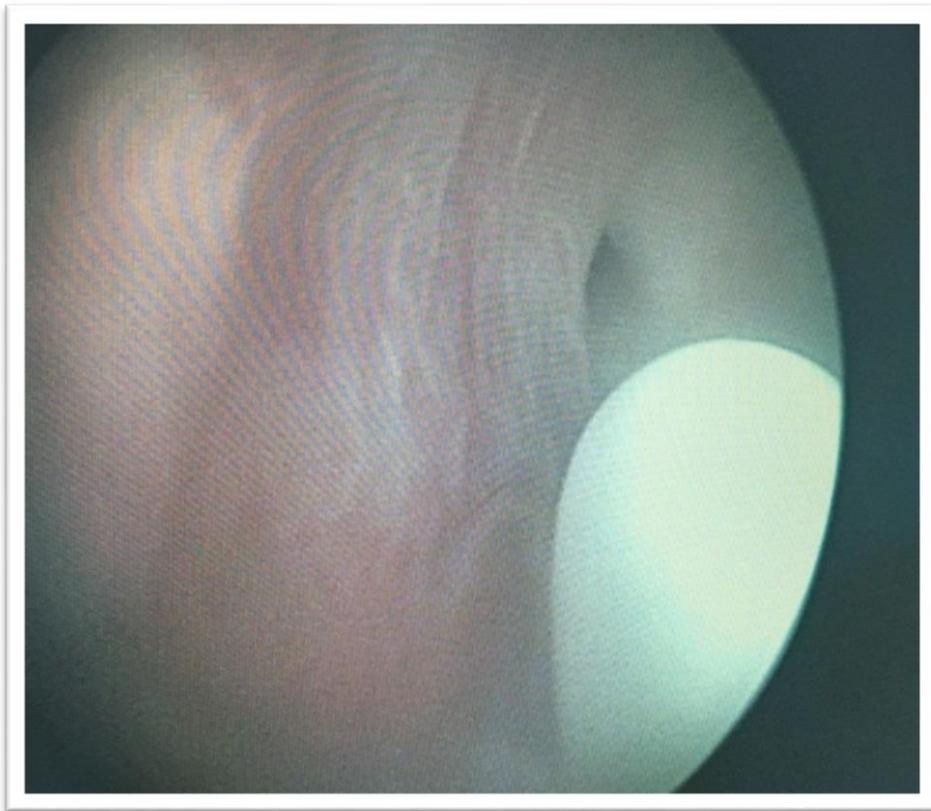
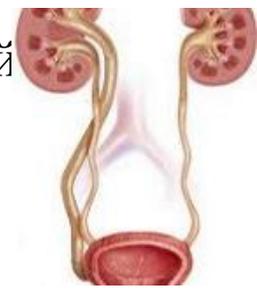
**Обзорная,
экскреторная
урография** На
обзорном снимке
тень за конкремент
не визуализируется.
Экскреторная
функция
своевременна,
сохранна с обеих
сторон. На
отсроченных
снимках отмечается
расширение нижнего
цистоида правого
мочеточника.



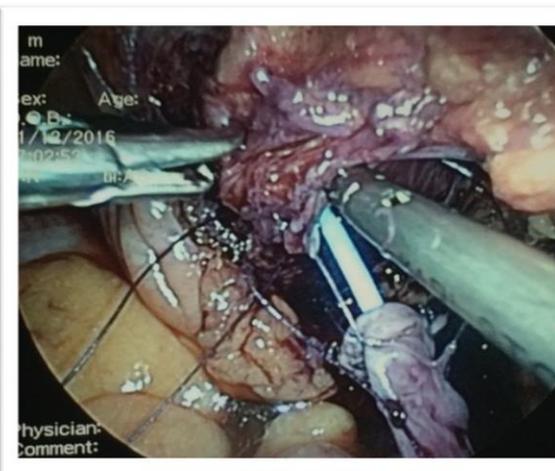
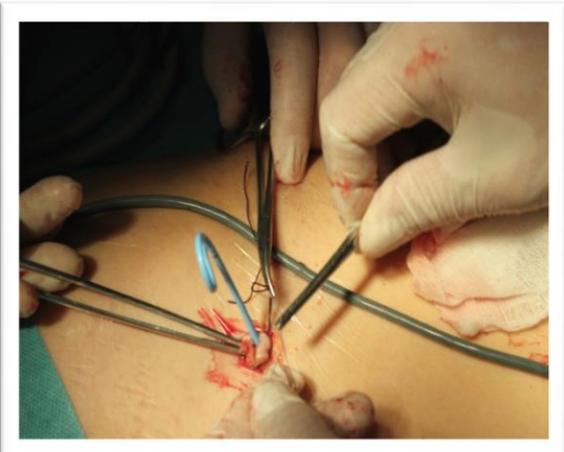
Компьютерная томография почек – Левая почка без особенностей. Правая почка размером 11,9*6,0см, контуры четкие, паренхима 1,8см, однородна. Определяется полное удвоение ЧЛС, верхняя половина расширена. Определяются два мочеточника, мочеточник верхней половины расширен на 1,5см, до н/3. Камней не выявлено.



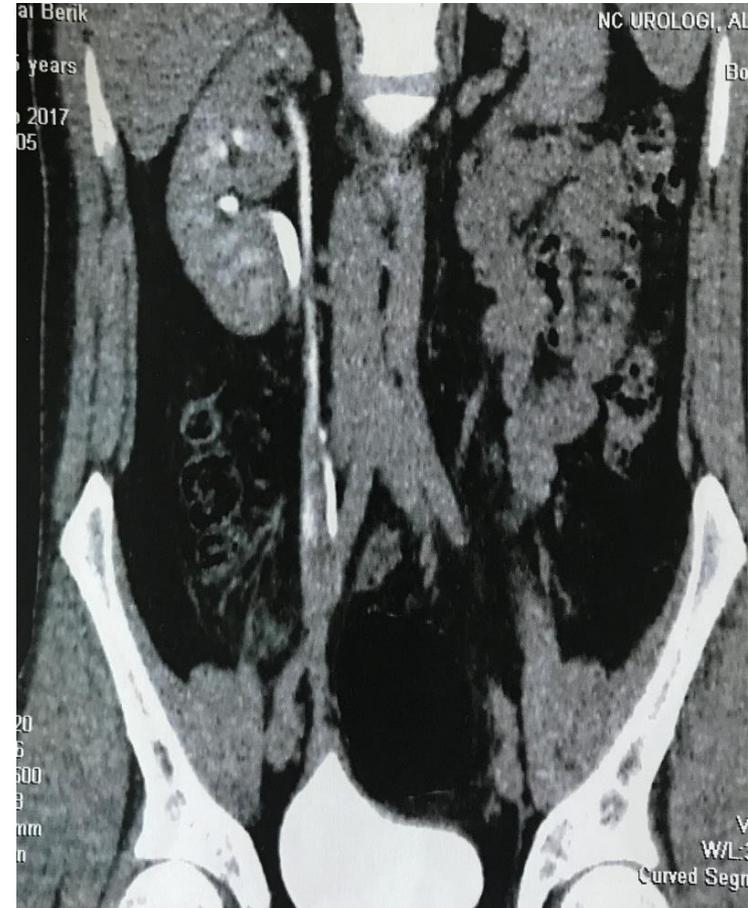
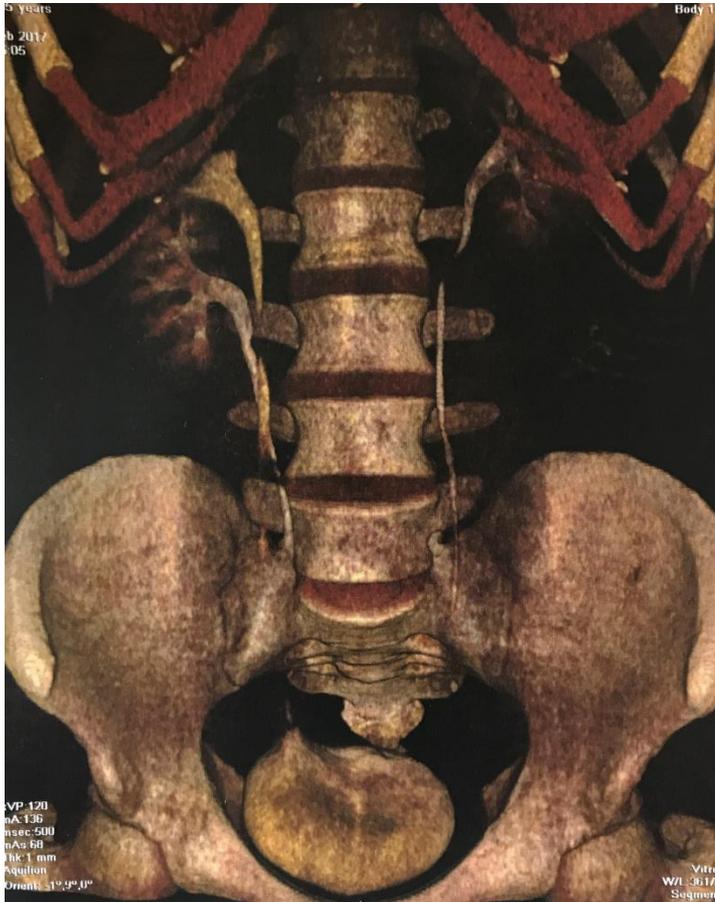
Уретроцистоскопия – Левое устье щелевидное, выброс ритмичный
Справа визуализируется устье в типичном месте, несколько
ниже ближе к шейке, дополнительное устье визуализирована
в области уретры, выше семенного бугорка на 2,0 см.



Произведено оперативное вмешательство: Лапароскопическая уретероцистонеостомия справа с внутренним дренированием. Представлены этапы операции.



Внутренний стент катетер удален через 1,5 месяца. Произведена контрольная компьютерная томография с контрастированием.



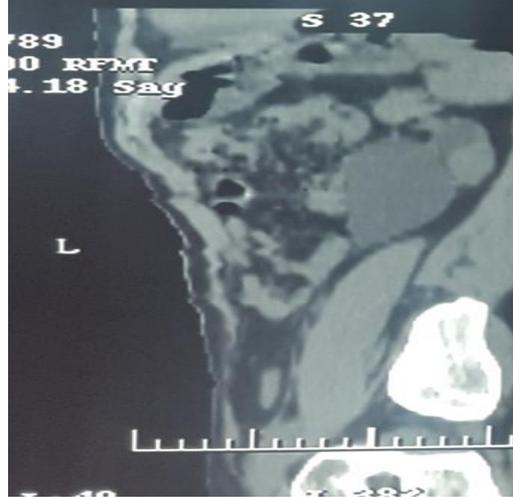
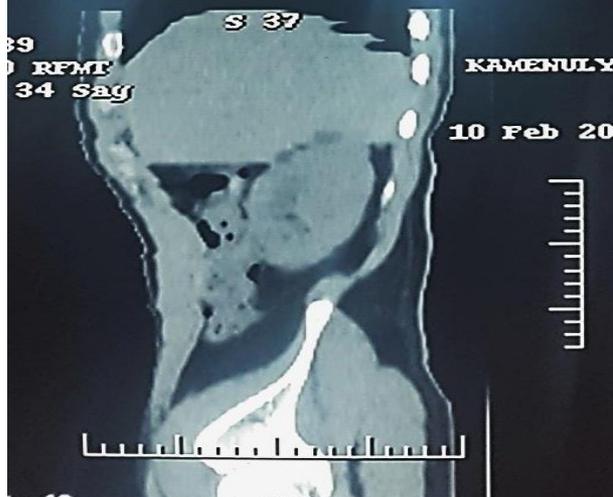
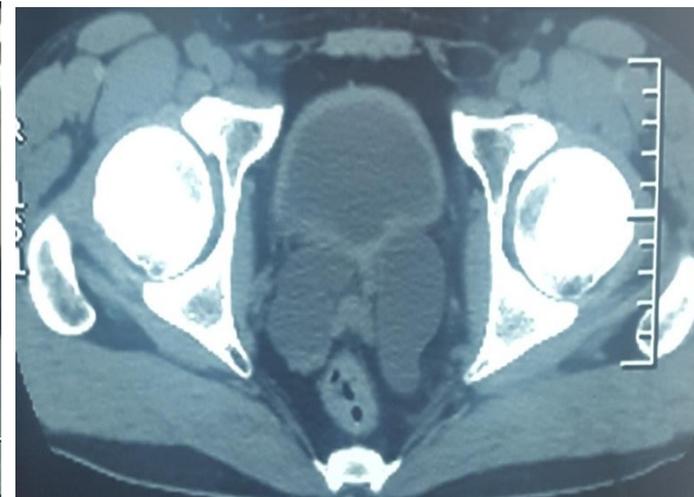
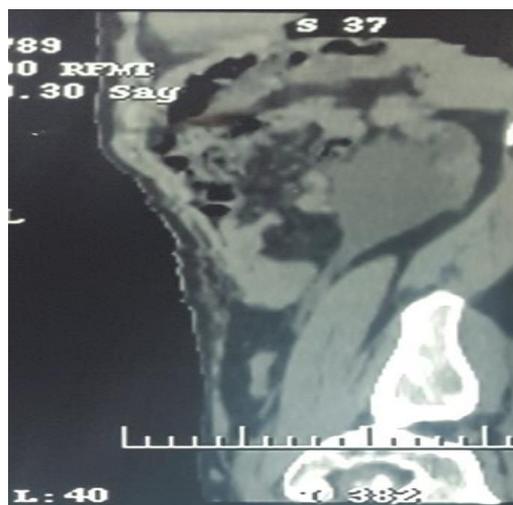
- Пациент К. 25 лет.
- Поступил с жалобами на боли в области правой почки ноющего характера.
- **Из анамнеза:** с вышеуказанными жалобы обследован, диагностирована Нейромышечная дисплазия мочеточников в стадии уретерогидронефроза с обеих сторон. Попытка установкой стент катетера без успешно.
- Клинико-лабораторные данные без особенностей.
- **Инструментальные исследования:**
- **УЗИ почек:** Почки в типичном месте, Левая почка 114*80мм паренхима 8-10мм, местами 9-10мм, чашечки 22-23мм, лоханка 82мм, в/3 мочеточника расширена 21мм. Правая почка 127*65 мм, паренхима 18 мм, чашечки 17-18мм, лоханка 43мм, в/3 мочеточника расширена 18мм. Дыхательная подвижность почек сохранено.



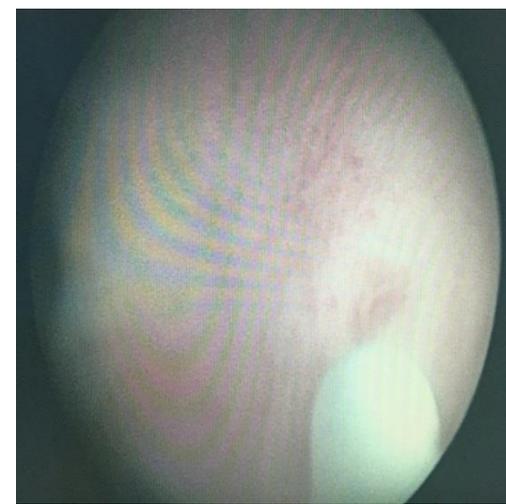
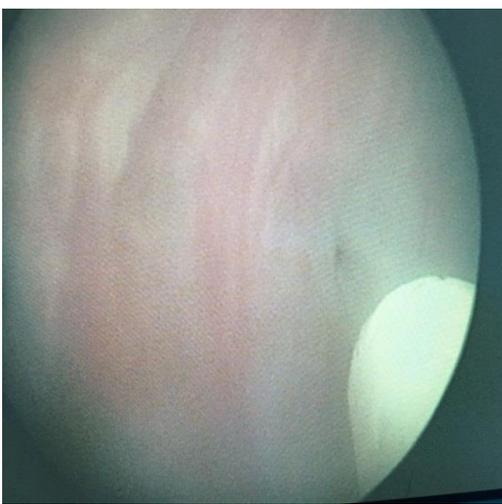
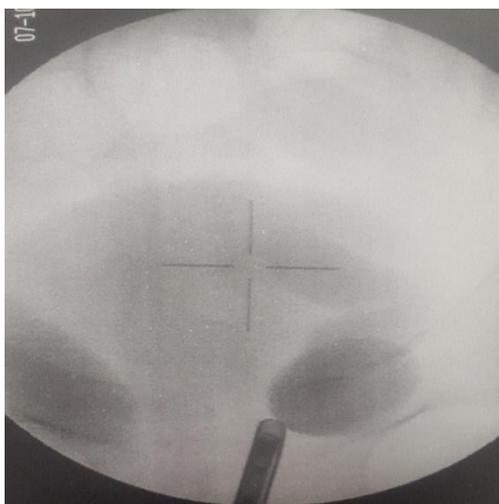
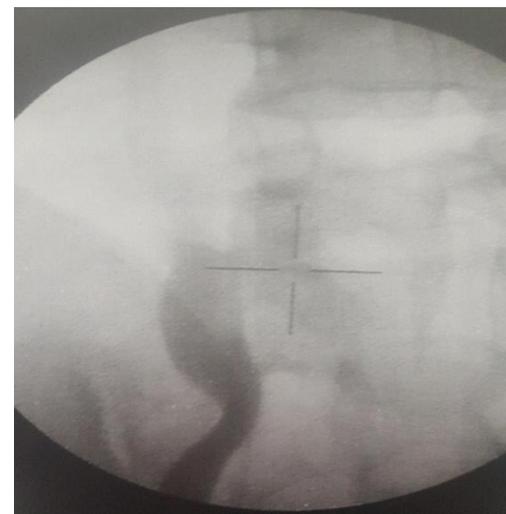
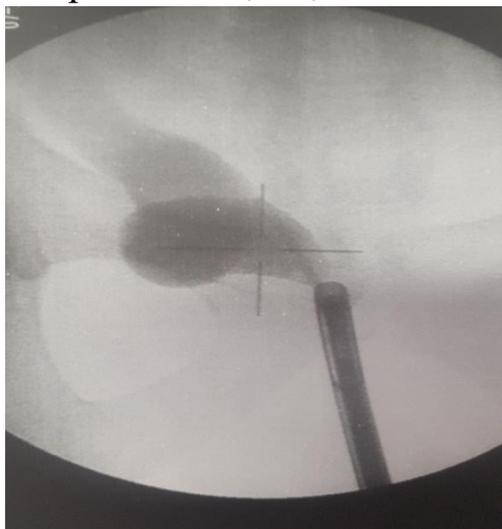
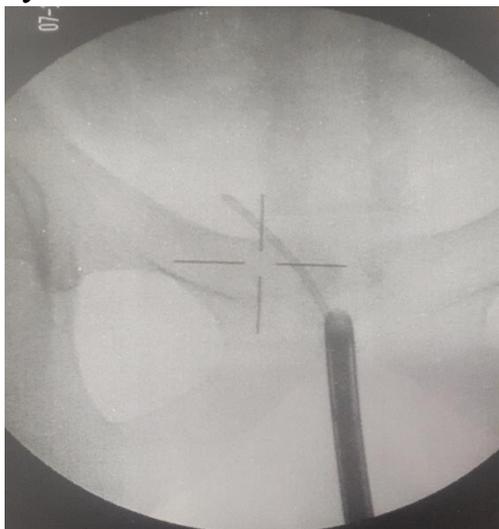
Обзорная и экскреторная урография: На обзорном снимке тень за конкремент не визуализируется, экскреторная функция с обеих сторон резко снижена. Справа мочеточник расширен до юкстовезикального отдела. Слева слегка признаки нефрограммы.



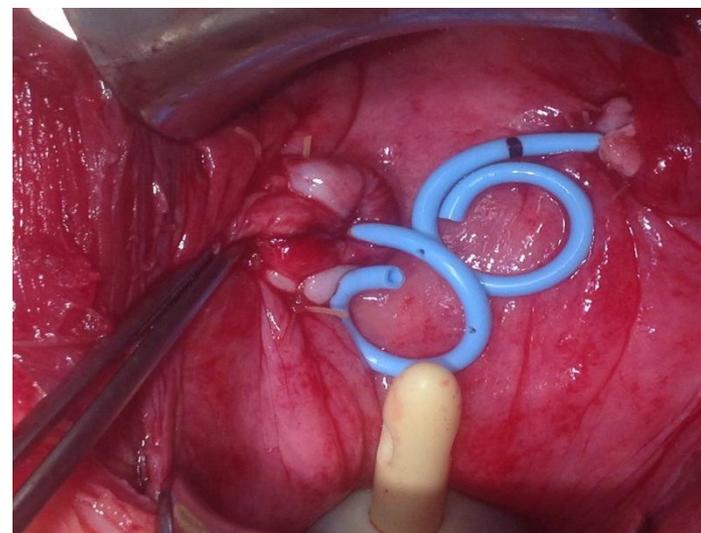
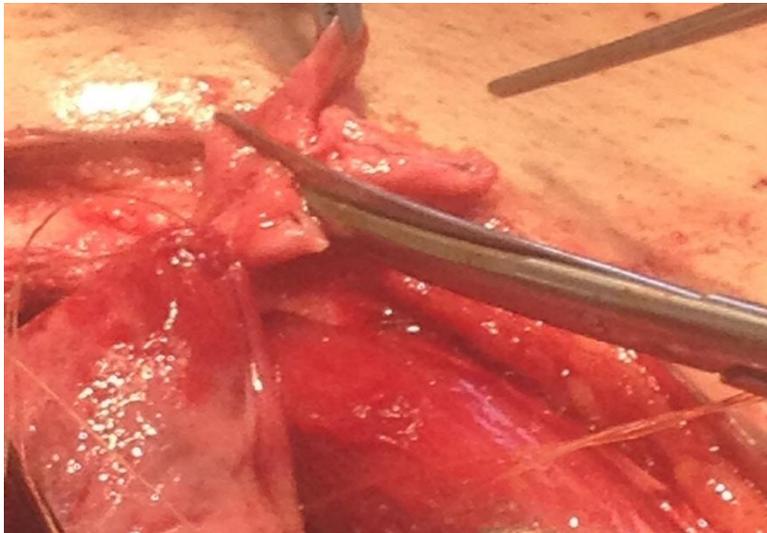
КТ почек и органов малого таза: Почки в типичном месте. Левая почка 11,4*8,0 см паренхима до 0,9см. **ЧЛС расширена размером до 8,0см, мочеточник расширен до н/3, камней не выявлено.** Правая почка 12,7*6,5см, паренхима 1,5 см. **ЧЛС расширена размером 4,0см, мочеточник расширен до мочевого пузыря.**



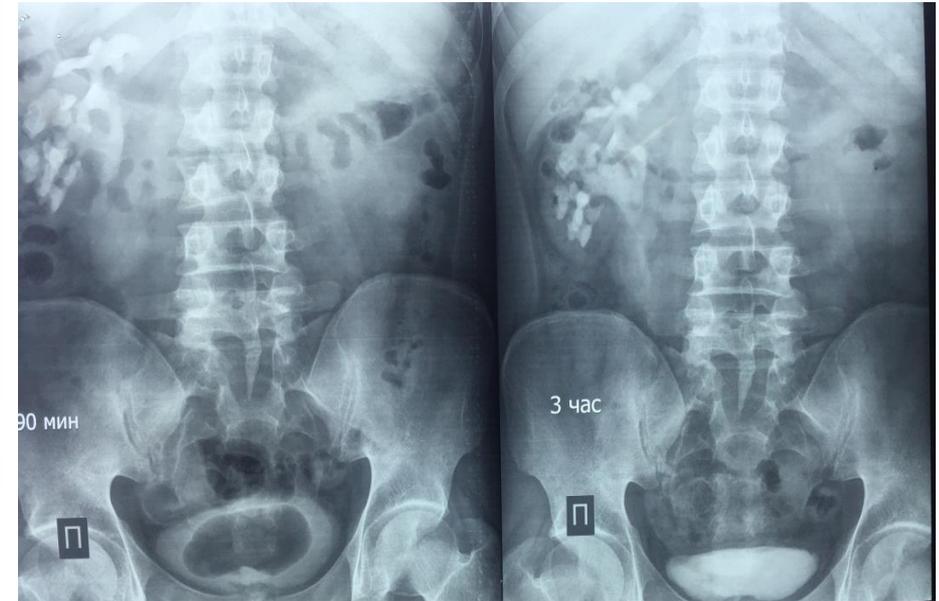
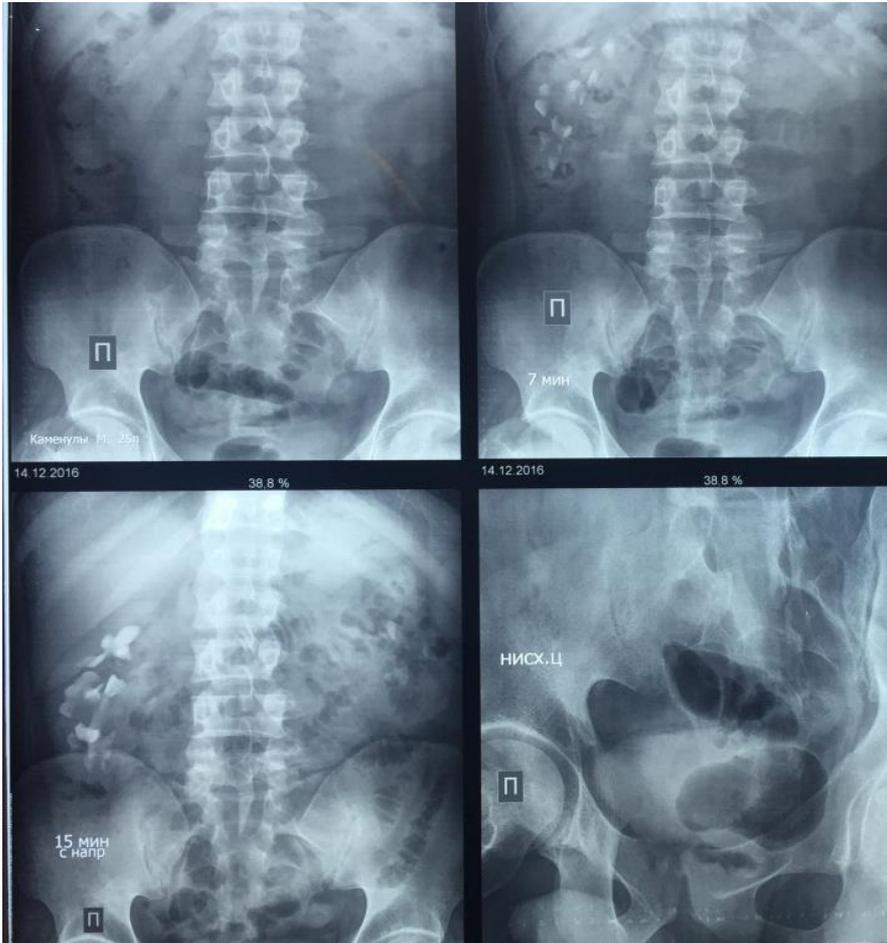
Уретроцистоскопия, ретроградная уретеропиелография: – В мочевом пузыре устья не определяется. при уретроскопии между семенным бугорком и шейкой мочевого пузыря определяется два устья, правая устья точно зияющая, левая щелевидная, В правое устье веден мочеточниковый катетер №6. На уретеропиелограмме справа отмечается расширенный мочеточник с фиксированными перегибами наиболее расширение в нижнем цистоиде. В левое устье веден мочеточниковый катетер №5 на 1,5-2,0 см отмечается непреодолимое препятствие.



Произведено оперативное вмешательство в объеме
Уретероцистонеоанастомоз по Политано-Леадбеттера с антирефлюксным
механизмом по Блохину с обеих сторон с внутренним дренированием.



Контрольная обзорная и экскреторная урография. На обзорном снимке теней подозрительных за конкремент не выявлено. Экскреторная функция справа своевременная отмечается расширение чашечек и лоханки. Слева на отсроченных снимках функция отсутствует до 3-х часов.



Практические рекомендации.

- Отсутствие настороженности на предмет возможного наличия аномалии развития ВМП снижает выявляемость данной патологии на местах.
- Цистоскопия с определением локализации устьев мочеточников является обязательным исследованием при удвоении почки.
- По литературным данным, глубина морфологических нарушений почечной ткани находится в прямой зависимости от степени эктопии устья добавочного мочеточника. Чем ниже открывается добавочный мочеточник, тем менее полноценным оказывается добавочный сегмент удвоенной почки.