

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ CASE REPORTS

УДК 616.613-007.63-089-053.31-039.42
DOI 10.11603/bmbr.2706-6290.2021.4.12771

А. Д. Беденюк, В. В. Твердохліб, А. І. Мисак, С. О. Нестерук, О. А. Якимчук, Л. Є. Войтович

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТАЗОВОЇ ДИСТОПІЇ ЛІВОЇ НИРКИ, УСКЛАДНЕНОЇ ТЕРМІНАЛЬНИМ ГІДРОНЕФРОЗОМ

Клінічний випадок тазової дистопії лівої нирки,
ускладненої термінальним гідронефрозом

А. Д. Беденюк, В. В. Твердохліб, А. І. Мисак,
С. О. Нестерук, О. А. Якимчук, Л. Є. Войтович

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Резюме. Вроджені аномалії розвитку нирок і верхніх сечовивідних шляхів посідають одне з перших місць серед вад розвитку різних органів і систем, складаючи 13–39 % усіх уроджених вад, і до 5 % від загальної кількості урологічних хворих. Найпоширенішими видами аномалій є порушення розташування і форми нирок, серед яких: аномалії зрощення нирок, дистопія нирок.

Мета дослідження – висвітлити клінічний випадок, що стосується рідкісної аномалії розвитку сечовидільної системи, а саме тазової дистопії нирки, ускладненої термінальним гідронефрозом.

Матеріали і методи. Пацієнту, який перебував на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні, проведено загальноклінічні, лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи обстеження для оцінки стану сечовидільної системи.

Результати. Пацієнт К. звернувся в Тернопільську університетську лікарню зі скаргами на періодичний біль нападopodobного характеру в надлобковій ділянці, часті поклики до сечовипускання, які з'явилися протягом останніх двох тижнів. При об'єктивному фізикальному обстеженні виявлено пухлиноподібне утворення над лоном, який деформував передню черевну стінку. Лабораторні показники – загальний, біохімічний аналізи крові, коагулограма та електрокардіограма – без патологічних змін. Проведено екскреторну урографію, в результаті якої виявлено відсутність функції та контуру лівої нирки, деформацію сечового міхура. У результаті проведеної діагностики захворювання в пацієнта вдалось встановити вроджену аномалію розвитку сечовидільної системи тазову дистопію лівої нирки, ускладнену термінальним гідронефрозом, який спричинив компресію сечового міхура що, власне, і стало причиною частих покликів до сечовипускання.

Висновки. Результати аналізу сучасної світової літератури свідчать, що хоча аномалії розвитку сечо-

©А. Д. Беденюк та ін., 2021

Clinical case of pelvic dystopia of left kidney
complicated with terminal hydronephrosis

A. D. Bedeniuk, V. V. Tverdokhlib, A. I. Mysak,
S. O. Nesteruk, O. A. Yakymchuk, L. Ye. Vityovych

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

e-mail: nesterukso@tdmu.edu.ua

Summary. Congenital anomalies of the kidneys and upper urinary tract occupy one of the first places among the defects of various organs and systems, accounting for 13–39 % of all congenital malformations and up to 5 % of the total number of urological patients. The most common types of anomalies are disorders of the location and shape of the kidneys, including: anomalies of renal fusion, renal dystopia.

The aim of the study – to shed light on a clinical case involving a rare abnormality in the development of the urinary system, namely pelvic renal dystopia complicated by terminal hydronephrosis.

Materials and Methods. The patient, who was hospitalized in the Urology Department of Ternopil University Hospital, underwent general clinical, laboratory, radiological and instrumental methods of examination to assess the state of the urinary system.

Results. Patient K. applied to the Ternopil University Hospital with complaints of recurrent paroxysmal pain in the suprapubic area, frequent urges to urinate, which appeared during the last two weeks. At objective physical inspection it is revealed a tumor-like formation above the womb, which deformed the anterior abdominal wall. Laboratory parameters – general, biochemical blood tests, coagulogram and electrocardiogram – without pathological changes. According to the ultrasonographic examination of the abdomen and retroperitoneal organs in the projection of the bladder there is an anechoic formation of 220 x 110 cm with a homogeneous content and a wall of 5 mm. The left kidney is not defined. Excretory urography was performed, as a result of which the absence of contour, function of kidney, deformation of the bladder were revealed. As a result of the diagnosis of the disease of this patient it was possible to establish a congenital anomaly of the urinary system, pelvic dystopia of the left kidney complicated with terminal hydronephrosis, which caused compression of the bladder, which, in fact, was the reason for frequent calls to urinate.

видільної системи займають одне з перших місць серед вроджених вад розвитку різних органів і систем, а ниркова дистопія спостерігається практично у 0,24 % населення, то на тазову дистопію, ускладнену термінальним гідронефрозом, припадає лише 0,0095 %. Отож, можна стверджувати, що тазова дистопія, ускладнена термінальним гідронефрозом, є клінічним випадком, який дуже рідко зустрічається.

Ключові слова: аномалія розвитку; гідронефроз; дистопія.

ВСТУП

Вроджені аномалії розвитку нирок і верхніх сечовивідних шляхів посідають одне з перших місць серед вад розвитку різних органів і систем, складаючи 13–39 % усіх уроджених вад [1, 3], і до 5 % від загальної кількості урологічних хворих. Найпоширенішими видами аномалій є порушення розташування і форми нирок, серед яких: аномалії зрощення нирок – в 16,5 %, дистопія нирок – у 15,5 % випадків [1, 5].

Згідно з класифікацією аномалій розвитку сечовидільної системи, виділяють вади розвитку нирок, ниркових судин, ниркових мисок і сечоводів, сечівника, сечового міхура.

У літературі також використовують інші класифікації, в яких деякі аномалії розділяються на підгрупи, зокрема гіпоплазії нирок поділені на диспластичні та прості; також виділяють різні види гіпоплазії паренхіми нирок. Деякі науковці розділяють всі аномалії нирок на прості та кістозні з розмежуванням їх за поширеністю та локалізацією; також часто застосовують морфологічну класифікацію [2].

У практичній діяльності лікарів-урологів клінічне значення мають ускладнення у вигляді гідронефрозу, сечокам'яної хвороби, хронічного пієлонефриту, нейрогенної артеріальної гіпертензії та ін. [3, 6]. У процесі ембріогенезу може виникнути порушення переміщення первинної нирки в поперекову ділянку, що призведе до аномалії розташування нирки. Така патологія може бути односторонньою або двосторонньою. Згідно з класифікацією ниркової дистопії, її розділяють на поперекову, клубову та тазову. За даними ряду сучасних досліджень відомо, що чим нижче дистопія, тим частіше спостерігаються вторинні захворювання нирок [4].

У клінічній практиці найбільше значення належить тазовій дистопії. Це пояснюється тиском нирки на сусідні органи (пряму кишку, сечовий міхур, клубові судини, тазове симпатичне нервеве сплетення, матку), а тому клінічна картина може виникати навіть за відсутності патологічного процесу в аномальній нирці [3, 4].

Метою дослідження було висвітлити клінічний випадок, що стосується рідкісної аномалії

Conclusions. The results of the analysis of modern world literature show that although the anomalies of the urinary system are among the first congenital malformations of various organs and systems, and renal dystopia is observed in almost 0.24 % of the population, pelvic dystopia complicated by terminal hydronephrosis occurs only in 0.0095 %. Thus, it can be argued that pelvic dystopia complicated by terminal hydronephrosis is a clinical case that is very rare.

Key words: developmental anomaly; hydronephrosis; dystopia.

розвитку сечовидільної системи, а саме тазової дистопії нирки, ускладненої термінальним гідронефрозом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Пацієнту, який перебував на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні, проведено загальноклінічні, лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи обстеження для оцінки стану сечовидільної системи.

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ

У нашому спостереженні пацієнт, 31 рік, звернувся в приймальне відділення Тернопільської університетської лікарні зі скаргами на періодичний біль нападоподібного характеру в надлобковій ділянці, часті поклики до сечовипускання. З анамнезу відомо, що дані скарги турбують протягом двох тижнів, в динаміці хворий відмічає наростання клінічної картини.

Об'єктивно: живіт м'який, над лоном спостерігається випинання передньої черевної стінки розміром 15x20 см. При пальпації над лоном визначається пухлиноподібне утворення з гладкою поверхнею, помірно рухомий, болючий. Нирки не пальпуються, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Зовнішні статеві органи розвинені згідно з віком. Per rectum: передміхурова залоза не збільшена, безболісна, туго еластична, слизова оболонка прямої кишки над залозою рухома.

У загальному аналізі крові: гемоглобін – 130 г/л, еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $13,8 \times 10^9$ /л, колірний показник – 0,9, ШОЕ – 3 мм/год, паличко-ядерні лейкоцити – 12 %, сегментоядерні – 77 %, лімфоцити – 8 %, моноцити – 3 %. В аналізі сечі: лейкоцити – 62 у полі зору, еритроцити – 485 у полі зору, епітелій плоский – 1 в полі зору, білок 2,0 г/л. У біохімічному аналізі крові: креатинін – 99 мкмоль/л, сечовина – 5,1 мкмоль/л, загальний білок – 76,5 г/л, глюкоза – 5,93 ммоль/л. При ультразвуковому дослідженні: права нирка р. 115x57 мм, розташування типово, контур рівний. Паренхіма товщиною 17 мм, збережена. Ехогенність паренхіми однорідна. Чашечко-мисочковий комплекс не розширений.

Гіперехогенні включення р. 3 мм. Конкрементів не виявлено. Ліва нирка в типовому місці не візуалізується. В проекції сечового міхура наявне анехогенне утворення – 220×110 см. З однорідним вмістом. Стінка товщиною 5 мм (рис. 1).

Сечовий міхур – V=50 см³, структурно візуалізується не чітко через недостатню кількість сечі (в просвіті катетер). На ретроградній цистографії від 19.11.19 простежується деформований сечовий міхур, по зовнішньому контуру відтиснений праворуч, стиснений за рахунок пухлиноподібного утворення (рис. 2). На екскреторних урограмах від 18.11.19 на 12', 25', 50' справа контрастом виповнюється ЧМК задовільно, сечовід контрагується на всьому протязі. Ліва нирка не диференціюється (рис. 3).

Ураховуючи дані обстежень, хворому встановлено діагноз аномалії розвитку сечовидільної системи. Тазова дистопія лівої нирки. Термінальний лівобічний гідронефроз. Хворому виконано лівобічну нефректомію. Післяопераційний період без ускладнень.



Рис. 1. УЗД: анехогенне утворення – 220×110 см ділянки сечового міхура.

ВИСНОВКИ

Результати аналізу сучасної світової літератури свідчать, що хоча аномалії розвитку сечовидільної системи займають одне з перших місць серед вроджених вад розвитку різних органів і систем, а ниркова дистопія спостерігається практично у 0,24 % населення, на тазову дистопію, ускладне-

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Урологія : національний підручник для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / С. П. Пасечніков, С. О. Возіанов, В. М. Лісовий [та ін.] ; за ред. С. П. Пасечнікова. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – 432 с.
2. Глыбочко П. В. 3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 296 с.



Рис. 2. Ретроградна цистографія: зміщення сечового міхура вправо.



Рис. 3. Екскреторна урографія: відсутність контуру і функції лівої нирки.

ну термінальним гідронефрозом, припадає лише 0,0095 %.

Отож, можна стверджувати, що тазова дистопія, ускладнена термінальним гідронефрозом, є клінічним випадком, який дуже рідко зустрічається. Наведене спостереження збагачує сукупність даних про діагностику та лікування рідкісних захворювань нирок.

3. Campbell-Walsh urology. Eleventh edition / A. Wein, L. Kavoussi, A. Partin, C. Peters. – Elsevier, 2016. – 4901 p.
4. Smith's textbook of endourology / A. D. Smith, G. Preminger, G. H. Badlani, L. R. Kavoussi Eds. – 3rd ed. – John Wiley & Sons, 2012. – 1838 p.
5. A systematic review on management of nutcracker syndrome / C. A. Velasquez, A. Saeyeldin, M. A. Zafar [et al.]//

J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. – 2018. – Vol. 6 (2). – P. 271–278.

6. Polguy M. An unusual case of left venous renal entrapment syndrome: A new type of nutcracker phenome-

non? / M. Polguy, M. Topol, A. Majos // Surg. Radiol. Anat. – 2013. – Vol. 35 (3). – P. 263–267.

7. Vascular surgery / L. Hands, M. Murphy, M. Sharp, S. Ray-Chaudhuri. – NY. : Oxford University Press, 2007. – 471 p.

REFERENCES

1. Pasyechnikov SP, Vozianov SO, Lisovyy VM, Kostev FI, Lyulko OO, Sarichev LP, Shostak MV. Urology: a national textbook for students of higher medical educational institutions of the IV level of accreditation. [Урологія : національний підручник для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації] Vinnytsia: Nova Knyha; 2013. in Ukrainian.

2. Glybochko PV, Alyayev YuG. 3D technologies for kidney surgery: from virtual to real surgery. [3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной] Moscow: GEOTAR-Media; 2014. in Russian.

3. Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C. Campbell-Walsh urology. Eleventh edition. Elsevier; 2016.

4. Smith AD, Preminger G, Badlani GH, Ka-voussi LR. Eds. Smith's textbook of endourolo-gy. 3rd ed. John Wiley & Sons; 2012.

5. Velasquez CA, Saeyeldin A, Zafar MA, Brown-stein AJ, Erben Y. A systematic review on ma-na gement of nutcracker syndrome. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2018;6(2): 271-8.

6. Polguy M, Topol M, Majos A. An un-usual case of left venous renal entrapment syndrome: A new type of nutcracker phenomenon? Surg Radiol Anat, 2013;35(3): 263-7.

7. Hands L, Murphy M, Sharp M, Ray-Chaudhuri S. Vascular surgery. New York: Oxford University Pres; 2007.

Отримано 02.10.21