

УДК 616.62-007.64-031

ББК 54.14

М.М. ГАЗЫМОВ, Д.С. ФИЛИПPOB, P.B. ГУСЕВ,
Т.А. КОСТИНА, А.Н. ВОЛКОВ**ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
КАК СЛЕДСТВИЕ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Ключевые слова: дивертикул мочевого пузыря, диагностика, хроническая почечная недостаточность.

Прооперированы 16 больных с дивертикулом мочевого пузыря, в том числе 5 детей, у которых своевременная диагностика и оперативное лечение позволили предупредить возможность развития почечной недостаточности. Всем взрослым пациентам (11 человек) диагноз был установлен уже на стадии осложнений в виде хронической почечной недостаточности из-за малосимптомных проявлений заболевания и неполного обследования больных.

M. GAZYMOV, D. FILIPPOV, R. GUSEV, T. KOSTINA, A. VOLKOV

CHRONIC RENAL FAILURE AS A CONSEQUENCE OF BLADDER DIVERTICULUM

Key words: bladder diverticulum, diagnostics, chronic renal failure.

16 patients having bladder diverticulum, including 5 children, who underwent timely diagnostics preventing the possibility of developing renal failure, passed surgical treatment. All adult patients (11 patients) were diagnosed already at the stage of complications in the form of chronic kidney failure due to low-symptomatic manifestations of the disease and incomplete examination of patients.

Дивертикул мочевого пузыря (ДМП) наряду с другими аномалиями развития мочеполовой системы является нечасто встречающейся патологией, однако поздняя диагностика и серьезные осложнения требуют обратить внимание на данную проблему [1].

ДМП диагностируется преимущественно у мужчин: в детском возрасте (врожденный дивертикул) или после 40-50 лет (приобретенный дивертикул), который встречается чаще, чем врожденный, развивается вследствие длительного повышения внутрипузырного давления в связи с обструкцией шейки мочевого пузыря (МП) или мочеиспускательного канала. Количество мочи, содержащейся в дивертикуле, может варьировать от нескольких миллилитров до объема, большего, чем емкость мочевого пузыря. По расположению входа в дивертикул выделяют три разновидности: трансуретеральные, дивертикул тела мочевого пузыря и шейечные [5].

Патогномичным симптомом для дивертикула МП считается мочеиспускание в два приема, однако в большинстве случаев клиническая картина нехарактерна и обусловлена присоединившимися осложнениями. Наиболее частым поводом для обращения к врачу являются: пиурия, острая задержка мочи, пальпируемое образование над лоном, затрудненное мочеиспускание, а также такие осложнения, как гидронефроз, липонефроз [3, 5]. Однако обращает на себя внимание тот факт, что преобладание тех или иных симптомов зависит от локализации и размеров дивертикула. Так, парауретеральные дивертикулы в основном проявляются хроническим пиелонефритом, признаками хронической почечной недостаточности (ХПН); дивертикулы тела МП – болью в животе и пальпируемым опухолевидным образованием, чаще выде-

лением гнойной мочи на втором этапе мочеиспускания или макрогематурией при опухоли в дивертикуле [2].

Цель исследования – ретроспективно проанализировать причины поздней диагностики и результатов лечения наблюдаемых нами больных

Материалы и методы исследования. В клинике прооперированы 16 больных с ДМП, среди них 5 детей с диагностированной при обследовании рецидивирующей пиурией. Все оперированы до появления признаков ХПН. Причинами ДМП у 3 детей было парауретеральное расположение дивертикула и у двоих – клапан задней уретры.

Среди 11 оперированных взрослых в возрасте от 37 до 68 лет две женщины с ДМП, осложненным ХПН.

Приобретенные дивертикулы были обнаружены у 4 больных, в том числе у двоих с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. У остальных двоих в возрасте 37 и 42 лет, несмотря на отсутствие анатомического препятствия к оттоку мочи из мочевого пузыря, последняя опорожнялась не полностью, остаточная моча была в пределах 110-230 мл, причиной этого мы сочли ранее перенесенные закрытые травмы копчика, вследствие чего возникли элементы нейрогенного мочевого пузыря.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные поступали в клинику с выраженным явлением хронической гнойной интоксикации с жалобами на слабость, боли в пояснице, ознобы, повышение температуры тела. На слабо выраженные дизурические явления жаловались двое.

Наиболее информативным методом диагностики ДМП является микционная цистография, которая дает представление о форме, величине и расположении дивертикула, ее следует выполнять в двух проекциях. Цистоскопия позволяет установить локализацию дивертикула, размеры входа в него, его взаимоотношение с устьем мочеточника, однако при цистоскопии не всегда удается определить истинные размеры дивертикула и увидеть в нем конкременты или опухоль. При ультразвуковом исследовании дивертикул определяется как гипозоногенное образование, расположенное рядом с мочевым пузырем.

При клиническом исследовании, включая УЗИ и рентгенологические методы, симптомы хронической почечной недостаточности разной степени выраженности были у всех больных с колебанием скорости клубочковой фильтрации не более 60 мл/мин и выраженной почечной анемией. Все это говорит о поздней диагностике заболевания, связанной с постепенным развитием заболевания, его осложнений и отсутствием специфических симптомов. Один больной 47 лет с первичным дивертикулостенозом поступил в крайне тяжелом состоянии, потребовавшем проведения 4 сеансов гемодиализа, прежде чем хирурги решили провести ему дивертикулэктомию.

Основными осложнениями, вынуждающими к выполнению хирургического вмешательства, И.М. Антонян, И.В. Никитенко считают: 1) выраженные уродинамические нарушения верхних мочевых путей; 2) острые гнойные заболевания мочевого пузыря; 3) изменение акта мочеиспускания (острая задержка мочи, парадоксальная ишурия); 4) наличие сопутствующих заболеваний мочевыводящих путей (опухоль мочевого пузыря, опухоль в дивертикуле мочевого пузыря).

По мнению ряда авторов [1, 4], при этой патологии крайне редко возникает необходимость в неотложной операции, но среди оперированных нами

11 больных срочное вмешательство потребовалось четверым, при этом у двоих одновременно с дивертикулэктомией были проведены уретероцистонеостомии, так как вход в полость дивертикула находился в непосредственной близости от устья мочеточника.

У шести больных, включая двух женщин, причиной почечной недостаточности мы считаем хронический пиелонефрит, развившийся из-за длительно существовавшего гнойного дивертикулита. К этому выводу пришли после того как после одно- или двухэтапной дивертикулэктомии и противовоспалительной терапии функция почек постепенно восстановилась, т.е. после ликвидации гнойного очага или стабилизации воспалительного процесса в почках, нормализации состава мочи клубочковая фильтрация увеличилась до 80 мл/мин. По данным УЗИ, тонус чашечно-лоханочной системы почек на много улучшился.

У трех больных ХПН была как результат двустороннего уретерогидронефроза. Для примера приводим некоторые данные из истории болезни двух больных:

Ц., 41 лет, поступил в клинику с жалобами на жажду, слабость, боль в пояснице, дизурические явления, ознобы, повышение температуры тела. При обследовании установлен двусторонний уретерогидронефроз, ХПН. В моче белок 0,9 г/л, лейкоциты сплошь, реакция щелочная. Цистоскопия: после отмытия полости пузыря удалось обнаружить отверстие вблизи устья правого мочеточника вход в дивертикул. УЗИ почек: почки в типичном месте с ровными контурами, чашечно-лоханочная система обеих почек значительно расширена и деформирована. Паренхима почки истончена, мочеточники значительно расширены – слева до 12 мм, справа до 17 мм. Конкрементов не выявлено. Мочевой пузырь неправильной формы, в виде песочных часов. Стенка мочевого пузыря неровная. Объем дивертикула 127 см³, ширина соустья около 9 мм.

Ввиду тяжести состояния больного выполнена цистодивертикулостомия, эвакуирован густой гной из полости дивертикула. После улучшения состояния больного выполнены дивертикулэктомия, уретероцистонеостомия справа, внутреннее стентирование левого мочеточника. Послеоперационное течение тяжелое, после массивной антибактериальной дезинтоксикационной терапии выписан в удовлетворительном состоянии. Через год госпитализирован повторно. Отмечает тупые боли в пояснице, мочится свободно, в моче белок 0,045 г/л, реакция кислая, относительная плотность 1008-1012, лейкоциты 6-10 в поле зрения, мочевины в крови 19,6 ммоль/л. УЗИ: правая почка 106 мм, ширина 44 мм, паренхима 9 мм, лоханка 65 мм, чашечка до 20 мм, левая почка длиной 134 мм, ширина 51 мм, паренхима 16 мм, лоханка до 33 мм, чашечка 10 мм, т.е. имеется расширение чашечно-лоханочной системы. Справа имеется пузырно-мочеточниковый рефлюкс, но в течение годичного наблюдения степень выраженности почечной недостаточности значительно ослабла.

Больной З., 51 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, жажду, тошноту, рвоту, выделение гнойной мочи. Выявлено двустороннее уменьшение размеров почек. После установления диагноза дивертикула мочевого пузыря и наложения эпицистостомы больной был переведен в отделение гемодиализа, так как мочевины в крови была в пределах 40-50 ммоль/л. Количество выделяемой мочи не превышало 600 мл/сут. После некоторого улучшения состояния при

суточном диурезе 2000 мл и мочеvine в крови 12 ммоль/л проведена дивертикулэктомия с уретероцистонеостомией справа. Дивертикул мочевого пузыря занимал всю заднюю поверхность мочевого пузыря, доходил до дистальных отделов мочеточников и сдавливал их, а входное отверстие располагалось непосредственно вблизи от устьев мочеточников. Мочеточники выше места сдавления стенкой дивертикула были резко расширены.

Выписался в удовлетворительном состоянии. В течение 6-летнего наблюдения дальнейшее снижение функции почек не наступило, хотя относительная плотность мочи не превышала 1008, мочеvина в крови находится в пределах 15 ммоль/л, клубочковая фильтрация не превышает 50 мл/мин. Больному периодически проводится противовоспалительная терапия.

Выводы. 1. Малосимптомное течение дивертикулов мочевого пузыря является одной из причин поздней их диагностики.

2. Все случаи повторной пиурии, двухэтапного мочеиспускания требуют дополнительного исследования с целью исключения аномалии мочеvой системы.

3. Для диагностики дивертикула мочевого пузыря используются УЗИ, цистоскопия, цистография.

4. Поздняя диагностика, тяжелое состояние больных не позволяют проводить одномоментную дивертикулэктомию, поэтому возникает необходимость в проведении на первом этапе мочеотводящей операции, на втором – дивертикулэктомии.

5. Парауретеральное расположение входа в дивертикул вынуждает к проведению уретероцистонеостомии, что, к сожалению, создает опасность развития пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Литература

1. Антонян И.М., Никитенко И.В. Хирургическое лечение дивертикулов мочевого пузыря // Мочекаменная болезнь: материалы науч. тр. VII Междунар. конгресса. Харьков, 1999. С. 282–289.
2. Бабич А. Распознавание диагностических ошибок в ходе урологических операций, Будапешт, 1984. С. 141–142.
3. Георгадзе Н.В., Шанидзе Л.И. Дивертикулез мочевого пузыря у ребенка // Вестник хирургии. 1988. № 4. С. 96–97.
4. Лопаткин Н.А., Ляулко А.В. Аномалии мочеполовой системы. Киев: Здоровья, 1987. С. 226–230.
5. Осипов И.Б., Баблоян А.С., Головки Ю.И., Акурио Т. Дивертикулы мочевого пузыря у детей // Клин. хир. 1987. № 6. С. 45–47.

References

1. Antonyan I.M., Nikitenko I.V. *Khirurgicheskoe lechenie divertikulov mochevogo puzyrya* [Surgical treatment of diverticula of the bladder]. Pric. of VII Int. Sci. Cong. «Urolithiasis». Kharkov, 1999, p. 282–289.
2. Babich A. *Raspoznavanie diagnosticheskikh oshibok v khode urologicheskikh operatsii* [Recognition of diagnostic errors during urological operations]. Budapest, 1984, pp. 141–142.
3. Georgadze N.V., Shanidze L.I. *Divertikulez mochevogo puzyrya u rebenka* [Diverticulosis of the urinary bladder in a child]. *Vestnik khirurgii* [Herald of Surgery], 1988, no. 4, pp. 96–97.
4. Lopatkin N.A., Lyulko A.V. *Anomalii mocheполовой системы* [Anomalies of the genitourinary system]. Kiev, 1987, pp. 226–230.
5. Osipov I.B., Babloyan A.S., Golovko Yu.I., Akurio T. *Divertikuly mochevogo puzyrya u detei* [Diverticulum of the urinary bladder in children]. *Kliicheskaya khirurgiya*, 1987, no. 6, pp. 45–47.

ГАЗЫМОВ МИНВАЛЕЙ МИНГАЛЕЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии и онкологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (urocheb@mail.ru).

GAZYMOV MINVALEY – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Surgery and Oncology, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ФИЛИППОВ ДАВИД СТАНИСЛАВОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии и онкологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (urocheb@mail.ru).

FILIPPOV DAVID – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Surgery and Oncology, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ГУСЕВ РОМАН ВИКТОРОВИЧ – кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением, Городская детская больница № 3, Россия, Чебоксары.

GUSEV ROMAN – Candidate of Medical Science, Head of Urological Department, City Children's Hospital № 3, Russia, Cheboksary.

КОСТИНА ТАТЬЯНА АНДРЕЕВНА – детский врач уролог-андролог, Республиканская детская клиническая больница, Россия, Чебоксары.

KOSTINA TATYANA – Children's Urologist-Andrologist, Republican Children's Clinical Hospital, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ АНАТОЛИЙ НИКАНДРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

VOLKOV ANATOLIY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
