

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ УРАХУСА У ДОРΟΣЛИХ

В.І.Десятерик, І.Б.Білий, С.П.Міхно, Ю.О.Дьоміна, Л.М.Поліщук
Кафедра хірургії, травматології та ортопедії
ФПО Дніпропетровська державна медична академія
КУ Міська клінічна лікарня №2, Кривий Ріг

Вступ. Урахус (сечова протока) – анатомічне утворення, яке з'єднує передній відділ верхівки сечового міхура та пупок. Розташовується між очеревиною і поперечною фасцією живота, направляється вздовж середньої лінії живота разом із пупковою артерією. У ембріональному періоді він виконує роль відводу первинної сечі у навколоплідні води, а на 4-5 місяцях внутрішньоутробного розвитку – облітерується і перетворюється у фіброзний тяж – серединну пупкову зв'язку. Гістологічно урахус представляє собою просвіт, вистланий кубоподібним перехідним епітелієм, оточений сполучною тканиною і зовнішнім м'язовим шаром. Внаслідок порушення процесів облітерації протоки виникає патологічне сполучення між пупком і сечовим міхуром, яке спостерігається у 62% дітей. В залежності від локалізації необлітерованої ділянки урахуса можливе формування наступних аномалій: пупкової нориці, міхурово-пупкової нориці, кісти урахуса, дивертикулу сечового міхура [2,4,7].

Пупкова нориця (при незарощенні ділянки урахуса в області пупка) проявляється періодичним намоканням в області пупка. Пупково-міхурова нориця (при повній відсутності облітерації урахуса) маніфестується постійним виділенням із ранки пупка сечі. Кіста урахуса (незарощення середньої ділянки сечової протоки) проявляється наявністю пухлиноподібного утворення черевної стінки по середній лінії черевної стінки між пупком і лобком, часто з больовим та запальним синдромом. Дивертикул сечового міхура (при незарощенні ділянки урахуса, що відходить від сечового міхура) частіше виявляється при інструментальних обстеженнях з приводу частих циститів [2,3,4,5].

При підозрі на наявність незарощеного сечового ходу виконують обстеження сечового міхура з використанням ультразвукового дослідження (УЗД) за допомогою високочастотних датчиків. При цьому облітерований урахус візуалізується

по середній лінії в області верхньої частини передньої стінки сечового міхура у вигляді тубулярної гіпоехогенної структури, що виступає вниз від прямого м'яза живота. Незарощення сечового ходу візуалізується як тубулярна анехогенна структура між дном сечового міхура і пупком. Про патологічні зміни урахуса при УЗД говорять тоді, коли розміри вказаних сонографічних змін перевищують в довжину 25мм, а в ширину – 10мм [1]. Для підтвердження дивертикулу сечового міхура використовують цистоскопію і цистографію. Для діагностики пупково-міхурової нориці доцільним є введення розчину барвника (синька) у пупкову фістулу і спостереження забарвлення сечі через деякий час. Наявність пупково-міхурової нориці і кісти урахуса потребує хірургічного лікування у вигляді їх видалення і закриття дефекту. Його виконують у віці після 6 місяців від народження. При пупковій нориці використовують консервативну терапію (місцеве застосування антисептиків, мазей що загоюють). При її неефективності – хірургічне лікування у віці більше одного року [5,6,8].

У дорослому віці діагностика незарощень сечового ходу представляє собою труднощі і частіше виявляється при розвитку ускладнень у вигляді нагноєння кіст, або їх перфорації з розвитком клінічної картини «хибного перитоніту», а точний діагноз верифікується під час хірургічного втручання. Несвоєчасність радикального лікування аномалій сечової протоки у дитинстві призводять до розвитку їх ускладнень у дорослому віці, що наочно демонструє наведений нами клінічний випадок.

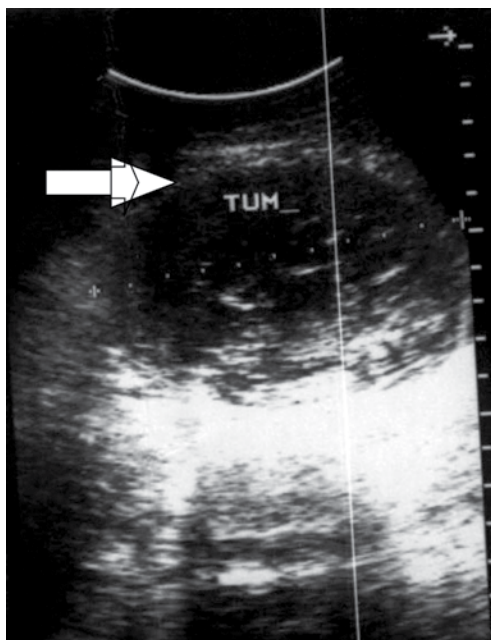
Клінічний випадок. Пацієнта Л. 31 року госпіталізовано в урологічне відділення клінічної лікарні в ургентному порядку 12.04.10 із скаргами на наявність нориці в області пупка із гнійно-геморагічними виділеннями, часте утруднене сечовиділення із відчуттям неповного випорожнення сечового міхура, ніктурію до 8-10 разів, з наявністю слизу і крові у сечі.

Наявність слизових виділень в області пупка відмічає з дитячого віку. Педіатрами призначалося місцеве лікування, яке давало періодичний позитивний ефект. Обстеження з цього приводу не призначалися. Протягом останніх трьох місяців відмічав появу частого сечовиділення, слизово-гнійні виділення із нориці в області пупка, а з 10.04.10 – появу кров'янистих виділень із сечею та з нориці в області пупка.

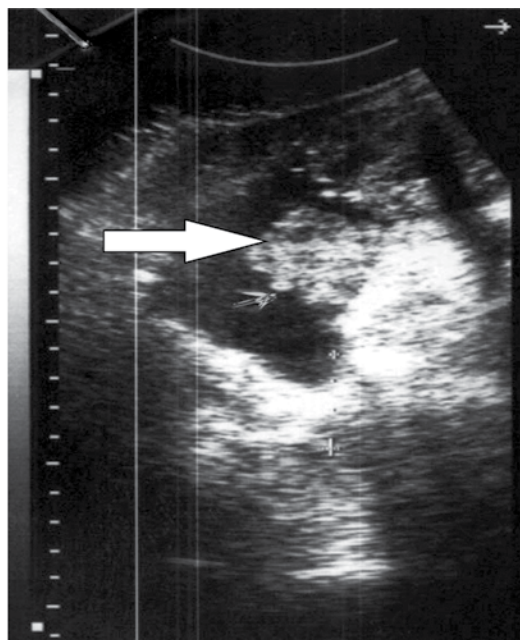
Об'єктивний статус: стан середньої важкості, гемодинаміка стабільна, субфебрилітет до 38°C. Живіт при пальпації м'який, больові відчуття в області пупка, де визначається гіперемія шкіри, нориця діаметром до 0,8см із слизово-кров'янистими виділеннями. По середній лінії живота, між пупком і лобком, пальпується нерухомий щільний інфільтрат з нерівними контурами до 8см у діаметрі.

Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Статеві органи без патологічних змін.

При ультразвуковому дослідженні сечового міхура, черевної порожнини і черевної стінки: у порожнині сечового міхура по задній стінці ближче до верхівки міхура визначається неоднорідне ізоехогенне утворення з чіткими нерівними контурами розмірами 3,8x3,5см. Дане утворення виходить за межі сечового міхура, розповсюджується до анехогенного утворення неоднорідної структури розмірами 6,6x10см з товстими нерівними стінками. Чіткої межі між виявленими утвореннями немає. При дослідженні поверхневим датчиком візуалізується норицевий хід до пупкової області, до вказаного утворення. Інших патологічних утворень у черевній порожнині та її органах не виявлено (рис. 1).



А



Б

Рисунок 1. Ультразвукове дослідження:

А – сонограма кістки уракуса;

Б – поздовжній зріз сечового міхура (стрілкою відмічено гіпергрануляції у зоні дна сечового міхура)

13.04.10 виконано екскреторну урографію: конкрементів не виявлено, функція нирок не порушена, чашечко-мискова система і сечоводи без патологічних змін. При фістулографії від 14.04.10 відмічається наявність нориці із формуванням порожнини до 10см в діаметрі із нерівними контурами у проекції уракуса. При спіральній комп'ютерній томографії черевної порожнини встановлено наявність норицевого

ходу, який починається від пупка і розповсюджується вздовж передньої черевної стінки, де на рівні L₅-S₁ сполучається з кістоподібним утворенням 92x114x78мм. Утворення має товсті стінки із нерівними контурами, щільно прилягає до стінок сечового міхура і має з ним сполучення. У порожнині сечового міхура визначається гетерогенне утворення із нечіткими контурами, яке не накопичує контраст (Рис.2).



Рис. 2. Комп'ютерна томографія черевної порожнини пацієнта Л.

На основі анамнезу, клінічних даних і результатів допоміжних досліджень у пацієнта діагностовано ускладнену кісту урахуса. Після проведеної передопераційної підготовки 22.04.10 під спино-мозковою анестезією проведено хірургічне лікування: екстрафасціальне видалення кісти урахуса із резекцією стінки сечового міхура.

При інтраопераційній ревізії було виявлено наявність кісти урахуса великих розмірів, яка сполучалася норичевим ходом із пупком і дном сечового міхура із утворенням гіпергрануляцій (Рис.3). Гістологічне дослідження видаленого перепарату: дисонтогенетична багатокомпонентна тератобластома.



Рис. 3. Макропрепарат: видалена кіста урахуса з резекцією стінки дна сечового міхура

У післяопераційному періоді пацієнту проведено курс хіміотерапії. При огляді через 6 місяців після операції стан пацієнта задовільний, ознак рецидиву чи прогресування захворювання не виявлено.

Клінічний випадок. Пацієнта К, 38 років госпіталізовано до урологічного відділення 01.09.10 з діагнозом абсцес кісти урахуса. Із анамнезу вста-

новлено, що з дитячого віку періодично з'являлися гнійні виділення із області пупка. Лікувався амбулаторно у педіатрів місцевим застосуванням антисептиків. З початку серпня після переохолодження зазначив чергову появу гнійних виділень із області пупка. Лікувався самостійно. 26.08.10 у хірургічному стаціонарі за місцем проживання проведено

хірургічне лікування – розкриття і хірургічна обробка абсцесу передньої черевної стінки. Через тиждень після загоєння післяопераційної рани знову почали турбувати гнійні виділення із області пупка, поява болючого інфільтрату нижче пупка, підвищення температури тіла до 38°C. При госпіталізації в урологічне відділення виконано УЗД черевної стінки, органів черевної порожнини і сечового міхура. Виявлені ознаки кісти урахуса із запаленням. 06.09.10 після курсу протизапальної терапії під СМА виконано висічення кісти урахуса із нагноєнням. Післяопераційний період протікав

без ускладнень. Пацієнта виписано на 10 добу із одужанням.

Висновки

Таким чином, рання діагностика і своєчасне лікування захворювань урахуса є головним заходом профілактики їх ускладненого протікання у дорослому віці. При наявності клінічних проявів захворювань урахуса ефективними методами їх діагностики є комплексне УЗД черевної порожнини, сечового міхура і черевної стінки та КТ черевної порожнини.

Список літератури

1. Демидов В.Н., Пытель Ю.А., Амосов А.В. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. – М.: Медицина, 1989.- 108с.
2. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168с.
3. Корейба К.А. Осложненное течение кисты урахуса//Казанский медицинский журнал. – 2007.- №3.-С.277-278.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. – М.: Медицина, 1986. – 496с.
5. Люлько А.В., Мурванидзе А.Д., Возианов А.Д. Основы практической урологии детского возраста. – К.: Вища школа, 1984. – 286с.
6. Рамалингама М., Пателя В.Р. Пер. с англ. Под ред. В.Л.Медведева, И.И. Абдулина Атлас лапароскопических реконструктивных операций в урологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. – 552с.
7. Урология: национальное руководство /под ред Н.А.Лопаткина. – М.:ГЭТАР-Медиа, 2009. – 1024с.
8. Чухриенко Д.П., Люлько А.В., Романенко Н.Т. Атлас урологических операций. – Киев: Вища школа, 1981. – 344с.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРАХУСА У ВЗРОСЛЫХ

В.И.Десятерик, И.Б.Белый, С.П.Михно, Ю.О.Дёмина, Л.М.Полищук

В статье представлены клинические наблюдения хирургического лечения осложнений заболеваний урахуса у взрослых пациентов. Авторы обращают внимание на необходимость активной ранней комплексной диагностики при малейших клинических проявлениях патологии урахуса.

Ключевые слова: урахус, заболевание, хирургическое лечение

Summary

SURGICAL TREATMENT OF URACHUS DISEASE IN ADULTS

V.I. Desiaterik, I.B. Belyj, S.P. Mikhno, J.O. Diomina, L.M. Polishchuk

Clinical observations of the surgical treatment of the complications of the diseases urachus are presented in article beside adult patient. The authors pay attention to need of the active early complex diagnostics under the most slightest clinical manifestations of urachus pathology.

Key words: urachus, disease, surgical treatment.