

© РАПОПОРТ Л. М., БЕЗРУКОВ Е. А., КОНДРАШИНА А. В., МОРОЗОВ А. О.

УДК 616-08-039.76

DOI: 10.20333/2500136-2017-3-102-104

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ИССЕЧЕНИЕ КИСТЫ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА

Л. М. Рапопорт, Е. А. Безруков, А. В. Кондрашина, А. О. Морозов

Первый Московский государственный медицинский университет им И. М. Сеченова,
Москва 119991, Российская Федерация

Резюме. В мировой литературе присутствуют единичные упоминания о клинически значимых кистах малого таза, потребовавших хирургического вмешательства. Наиболее часто данные кисты являются эхинококковыми или же кистами не полностью дегенерировавшего Мюллерова протока. Данное клиническое наблюдение посвящено диагностике и лечению симптомной кисты малого таза, вероятнее всего, произрастающей из Мюллерова протока.

Ключевые слова: киста малого таза, робот-ассистированное иссечение кисты малого таза, Мюллеров проток, киста Мюллерова протока.

Для цитирования: Рапопорт ЛМ, Безруков ЕА, Кондрашина АВ, Морозов АО. Клиническое наблюдение: робот-ассистированное иссечение кисты Мюллерова протока. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(3): 102-104. DOI: 10.20333/2500136-2017-3-102-104

CLINICAL OBSERVATION: ROBOT-ASSISTED EXCISION OF THE MULLERIAN DUCT CYST

L. M. Rapoport, E. A. Bezrukov, A. V. Kondrashina, A. O. Morozov

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow 119991, Russian Federation

Abstract. There are single references in the world literature to clinically significant small pelvic cysts, requiring surgical intervention. Most of ten these cysts are echinococcal or cysts of the not completely degenerated Mullerian duct. This clinical observation is devoted to the diagnosis and treatment of the symptomatic cyst of the small pelvis, most likely, from the Mullerian duct.

Key words: small pelvis cyst, robot-assisted excision of small pelvis cyst, Mullerian duct, Mullerian duct cyst.

Citation: Rapoport LM, Bezrukov EA, Kondrashina AV, Morozov AO. Clinical observation: robot-assisted excision of the Mullerian duct cyst. Siberian Medical Review. 2017;(3): 102-104. DOI: 10.20333/2500136-2017-3-102-104

Данные литературы свидетельствуют о том, что под кистой малого таза чаще всего понимают эхинококковые кисты или кисту не полностью дегенерировавшего Мюллерова протока. У детей Мюллеров проток встречается примерно у 4% новорожденных и не более чем у 1% взрослых, что может быть обусловлено низкой выявляемостью данной аномалии ввиду отсутствия симптомов [1, 2]. Наиболее частыми проявлениями кист Мюллерова протока являются жалобы на затрудненное мочеиспускание, гематурию и уретроррагию, нарушение эякуляции, астенозооспермию [3, 4]. Самыми распространенными методами установки диагноза является трансректальное УЗИ [5, 6], а также МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием. Однако окончательный диагноз обычно ставится после проведения хирургического вмешательства на основании гистологического заключения. Развитие малоинвазивной хирургии в настоящее время позволяет максимально эффективно проводить лечебные мероприятия у данной категории больных [7-10].

К сожалению, малое количество наблюдений не позволяет выработать оптимальную тактику ведения данных больных.

Пациент М., 36 лет, в мае 2016 г. обратился в клинику урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с жалобами на инициальную макрогематурию, выделение крови из мочеиспускательного канала в ночное время вне акта мочеиспускания. Из анамнеза известно, что с января 2016 года начал отмечать вышеуказанные жалобы, получал комплексную терапию по поводу хронического

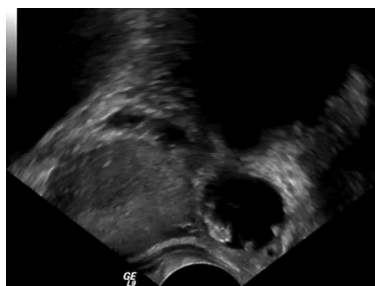


Рисунок 1. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ).

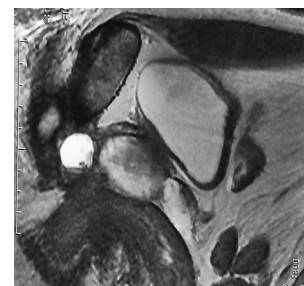


Рисунок 2. МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием (стрелкой указано образование).

простатита, проводились инстилляции в мочевой пузырь, туширование семенного бугорка серебром без эффекта.

В клинике проведено комплексное обследование, по данным которого при ТРУЗИ (рис. 1) в зоне апекса предстательной железы определяется дополнительное округлое образование с нечеткими стенками, преимущественно анэхогенное с гиперэхогенными структурами объемом около 15 см³.

Выполнена магнитно-резонансная томография (рис. 2), по данным которой параретрально слева в области основания полового члена определяется дополнительная структура гиперинтенсивного МР-сигнала на T2 Вис гипоинтенсивными линейными

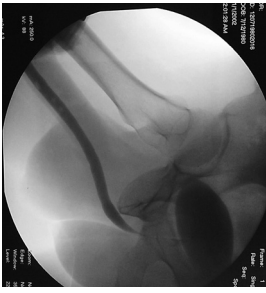


Рисунок 3. Ретроградная уретрограмма.

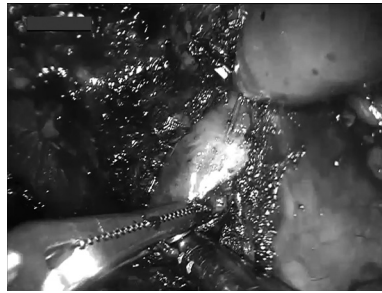


Рисунок 4. Интраоперационное выделение стенки кисты.

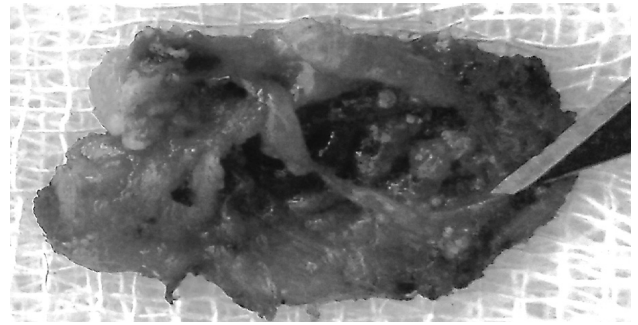


Рисунок 5. Макропрепарат.

пристеночными фрагментами в структуре, слабо гипоинтесивного на T1 ВИ размерами 20x19 мм, умеренно накапливающими контрастный препарат.

При ретроградной уретерографии (рис. 3) признаков экстравазации контрастного препарата за пределы уретры не выявлено.

С целью уточнения диагноза 23.05.2016 года произведена пункция образования через прямую кишку под УЗ-контролем. При цитологическом исследовании пунктата выявлено, что на фоне эритроцитов обнаружены в небольшом количестве клетки и комплексы клеток с чертами выраженной атипии, подозрительные на рак.

С целью избавления пациента от жалоб, уточнения окончательного диагноза пациенту 01.08.2016 г. выполнена операция: робот-ассистированное удаление образования малого таза (рис. 4).

В просвете (рис. 5) определяется дополнительный мягкотканый компонент, участки каменистой плотности. По данным гистологического исследования в препаратах определяется фрагмент стенки кисты с явлениями склероза, лимфо-макрофагальной инфильтрацией. Отмечаются множественные петрификаты и фиброзно-мышечная ткань. Вынести окончательное суждение об органной принадлежности не представляется возможным.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

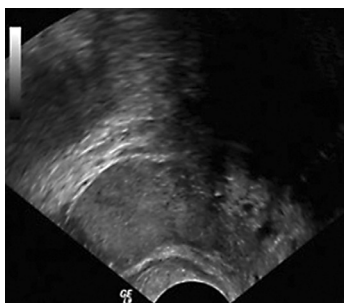


Рисунок 6. ТРУЗИ через 1 месяц после операции.

Проводилась комплексная антибактериальная, противовоспалительная, инфузионная терапия. Уретральный катетер удален на 5-е сутки. Мочеиспускание восстановлено в полном объеме, остаточной мочи не определяется.

При контрольном ТРУЗИ (рис. 6) через месяц дополнительных образований не определяется.

Литература

1. Higashi TS, Takizawa K, Suzuki S, Nagashima J, Tamura S, Obuchi M, Katayama M. Mullerian duct cyst: ultrasonographic and computed tomographic spectrum. *Urologic Radiology*. 1990;12(1):39-44.
2. Moore RA. Pathology of the prostatic utricle. *Archives of Pathology*. 1937;23:517–24.
3. Morgan RJ, Williams DI, Pryor JP. Mullerian duct remnants in the male. *British Journal of Urology*. 1979;51(6):488-92.
4. Lucey DT, McAninch JW, Bunts RC. Genital cysts of the male pelvis: case report of Mullerian and ejaculatory duct cysts in the same patient. *The Journal of Urology*. 1973;109(3):440-3.

5. Ritchey ML, Benson RC Jr, Kramer SA, Kelalis PP. Management of mullerian duct remnants in the male patient. *The Journal of urology*. 1988;140(4):795-9.

6. Rosi P, Bussani F, Vespasiani G, Virgili G, Cesaroni M, Pelliccioli G. Mullerian duct cyst. Clinical evaluation and role of ultrasonography and computed tomography in diagnosis. *Rays*. 1985;10(3):77-84.

7. McDougall EM, Clayman RV, Bowles WT. Laparoscopic excision of mullerian duct remnant. *The Journal of Urology*. 1994;152(2 Pt 1):482-4.

8. Desautel MG, Stock J, Hanna MK. Mullerian duct remnants: surgical management and fertility issues. *The Journal of Urology*. 1999;162(3 Pt 2):1008-13; discussion 14.

9. Krstic ZD, Smoljanic Z, Micovic Z, Vukadinovic V, Sretenovic A, Varinac D. Surgical treatment of the Mullerian duct remnants. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001;36(6):870-6.

10. Goon HK, Tan KC, Sakijan AS. Mullerian duct cyst (utricular cyst): treatment with the transvesical, transtrigonal approach. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 1987;57(9):683-6.

References

1. Higashi TS, Takizawa K, Suzuki S, Nagashima J, Tamura S, Obuchi M, Katayama M. Mullerian duct cyst: ultrasonographic and computed tomographic spectrum. *Urologic Radiology*. 1990;12(1):39-44.
2. Moore RA. Pathology of the prostatic utricle. *Archives of Pathology*. 1937;23:517–24.
3. Morgan RJ, Williams DI, Pryor JP. Mullerian duct remnants in the male. *British Journal of Urology*. 1979;51(6):488-92.
4. Lucey DT, McAninch JW, Bunts RC. Genital cysts of the male pelvis: case report of Mullerian and ejaculatory duct cysts in the same patient. *The Journal of Urology*. 1973;109(3):440-3.
5. Ritchey ML, Benson RC Jr, Kramer SA, Kelalis PP. Management of mullerian duct remnants in the male patient. *The Journal of Urology*. 1988;140(4):795-9.
6. Rosi P, Bussani F, Vespasiani G, Virgili G, Cesaroni M, Pelliccioli G. Mullerian duct cyst. Clinical evaluation and role of ultrasonography and computed tomography in diagnosis. *Rays*. 1985;10(3):77-84.
7. McDougall EM, Clayman RV, Bowles WT. Laparoscopic excision of mullerian duct remnant. *The Journal of Urology*. 1994;152(2 Pt 1):482-4.
8. Desautel MG, Stock J, Hanna MK. Mullerian duct remnants: surgical management and fertility issues. *The Journal of Urology*. 1999;162(3 Pt 2):1008-13; discussion 14.
9. Krstic ZD, Smoljanic Z, Micovic Z, Vukadinovic V, Sretenovic A, Varinac D. Surgical treatment of the Mullerian duct remnants. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001;36(6):870-6.
10. Goon HK, Tan KC, Sakijan AS. Mullerian duct cyst (utricular cyst): treatment with the transvesical, transtrigonal approach. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 1987;57(9):683-6.

Сведения об авторах

Рapoпорт Леонид Михайлович, Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991 г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр.1; тел.: +7(910)4177428; e-mail: leonidrapoport@yandex.ru

Безруков Евгений Алексеевич, Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991 г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр.1; тел.: +7(925)5143437; e-mail: eabezrukov@rambler.ru

Кондрашина Анна Викторовна, Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991 г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр.1; тел.: +7(919)9918196; e-mail: kondrashina.ann@yandex.ru

Морозов Андрей Олегович, Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991 г. Москва, ул. Б. Пироговская, г. 2, стр.1; тел.: +7(916)7377136; e-mail: victorym89@yandex.ru

Information about the authors

Rapoport Leonid Michailovich, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 2/1, B. Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991; Phone: +7(910)4177428; e-mail: leonidrapoport@yandex.ru

Bezrukov Evgenii Alekseevich, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 2/1, B. Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991; Phone: +7(925)5143437; e-mail: leonidrapoport@yandex.ru

Kondrashina Anna Victorovna, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 2/1, B. Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991; Phone: +7(919)9918196; e-mail: kondrashina.ann@yandex.ru

Morozov Andrei Olegovich, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 2/1, B. Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991; Phone: +7(916)7377136; e-mail: victorym89@yandex.ru

Поступила 29.03. 2017 г.

Принята к печати 26.05.2017 г.

© ГОМБОЕВА С. Б., ВИЛЮД М. А., КОЗЛОВ Б. Н., РЯБОВ В. В.

УДК 616.132-007.64

DOI: 10.20333/2500136-2017-3-104-107

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ, ТИПА А ПО STANFORD, С ТЯЖЕЛОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

С. Б. Гомбоева^{1,2}, М. А. Вилюд¹, Б. Н. Козлов¹, В. В. Рябов^{1,2,3}

¹Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск 634012, Российская Федерация

²Национальный исследовательский Томский государственный университет, г. Томск 634050, Российская Федерация

³Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск 634050, Российская Федерация

Резюме. Клиническая картина острого расслоения аорты носит разнообразный характер. Однако, как и у большинства пациентов, поступающих в отделение неотложной кардиологии, боль за грудиной остается основным ее проявлением в 83 % случаев. Расслоение аорты – это острое жизнеугрожающее состояние, при котором в течение первых двух суток каждый час промедления в диагностике увеличивает смертности на 1 %. Представленный клинический случай описывает острое расслоение аорты у мужчины 38 лет, типа А по Stanford, с распространением на общие сонные артерии, брахиоцефальный ствол, осложнившееся недостаточностью аортального клапана IV степени. Данный случай демонстрирует мультидисциплинарный подход и преемственность в лечении этой группы больных, что позволило своевременно провести успешное оперативное лечение.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, загрудинная боль, острое расслоение аорты, летальность, послеоперационная летальность.

Для цитирования: Гомбоева СБ, Вилюд МА, Козлов БН, Рябов ВВ. Случай успешного хирургического лечения пациента с острым расслоением аорты, типа А по Stanford, с тяжелой аортальной недостаточностью. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(3): 104-107. DOI: 10.20333/2500136-2017-3-104-107

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT WITH ACUTE AORTIC DISSECTION, TYPE A BY STANFORD, WITH HEAVY AORTAL INSUFFICIENCY

S. B. Gomboeva^{1,2}, M. A. Vilud¹, B. N. Kozlov¹, V. V. Ryabov^{1,2,3}

¹Cardiology research Institute, Tomsk National Research Medical Centre, Russian Academy of Sciences, Tomsk 634012, Russian Federation

²National Research Tomsk State University, Tomsk 634050, Russian Federation

³Siberian State Medical University, Tomsk 634050, Russian Federation

Abstract. The clinical picture of acute aortic dissection is diverse. However, like most patients entering the department of emergency cardiology, chest pain remains its main manifestation in 83 % of cases. Aortic dissection is an acute life-threatening condition in which, during the first two days, every hour of delay in diagnosis increases mortality by 1 %. The presented clinical case describes acute aortic dissection in