

И. С. Маннанов (Обнинск). Развитие опухоли Вильмса в аномальной почке у взрослого

Опухоль Вильмса у взрослых наблюдается крайне редко. Сообщений о развитии опухоли Вильмса в аномальной почке у взрослых в доступной нам литературе мы не встретили. Приводим описание больного, страдающего опухолью Вильмса, которая развилась в подковообразной почке.

О., 38 лет, поступил 31/1 1969 г. в урологическое отделение с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой половине живота, на периодические тупые боли ниже левого подреберья и ноющие боли в пояснице. В декабре 1968 г. появилась асимметрия живота, и больной почувствовал у себя большую опухоль в левом мезогастрин.

В мезогастральной области слева пальпируется больших размеров плотное, гладкое, неподвижное образование, выходящее за среднюю линию живота; верхний полюс образования заходит за край реберной дуги, нижний — за верхний край крыла левой подвздошной кости. Пальпация несколько болезненна. Правая почка не прощупывается. Симптом Пастернацкого слева отрицательный, справа слабо положительный. Анализы крови и мочи без особенностей. При выделительной урографии установлена опухоль левой удвоенной почки и дистопия правой.

5/II 1969 г. больному произведена общая ангиография почек (рис. 1).

Правую почку снабжают кровью 3 сосуда, отходящие от аорты: два на уровне тела L₁ и третий на уровне L_{III}. Левую патологически измененную половину почки питают 4 артерии, из них 2 верхние — почечные на уровне L₁ и 2 нижние — поясничные. Брюшная аорта смещена вправо на протяжении от D_{XI} до L_{IV} на 3—4 см. Тень левой половины почки не дифференцируется, она занята опухолью больших размеров. Сосуды ее вытянуты и оголены на большом протяжении, в периферических отделах опухоли в области нижнего полюса заканчиваются деформированными мелкими сосудами. Основная масса опухоли имеет низкий уровень васкуляризации, несколько лучше снабжаются кровью поверхностные слои новообразования. Артериальный рисунок правой половины почки без особенностей. В паренхиматозной фазе (рис. 2)

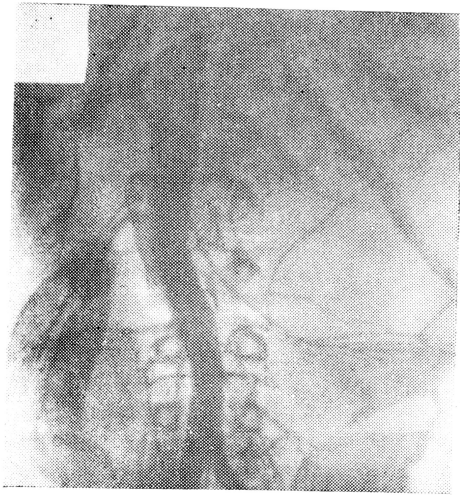


Рис. 1.

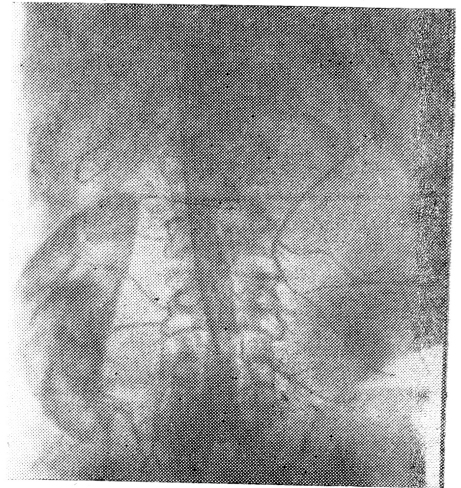


Рис. 2.

она равномерно и интенсивно пропитывается контрастным веществом, слева же отмечается еще заметное контрастирование опухоли. По наружно-нижнему контуру опухоли сохранившаяся нормальная ткань почки становится заметной, проецируясь на крыло левой подвздошной кости. В области тела L_V она соединяется с нижним контуром правой почки, образуя здесь перешеек подковообразной почки. Верхний край опухоли расплывчатый, теряется в области левого подреберья.

Заключение: подковообразная почка; злокачественная опухоль левой половины почки.

Клинический диагноз: подковообразная почка с полным удвоением лоханки левой половины почки; опухоль левой половины почки.

24/II 1969 г. больному была произведена операция, во время которой установлено, что опухоль удалить невозможно. Сделана биопсия. Гистологическое заключение: злокачественная низкодифференцированная опухоль дизонтогенетического характера (опухоль Вильмса).