

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИБРОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПОЛИПА МОЧЕТОЧНИКА

С.М. Алферов^{1,2}, В.А. Добужский^{1,2*}, А.М. Гаврилов¹

¹ ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

A CLINICAL CASE OF FIBROEPITHELIAL POLYP OF THE URETER

S.M. Alferov^{1,2}, V.A. Dobuzhskiy^{1,2*}, A.M. Gavrilov¹

¹ Central Clinical Hospital with Outpatient Unit of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: v.dobuzhskiy@gmail.com

Аннотация

В статье представлено клиническое наблюдение редкого доброкачественного опухолеподобного образования – фиброэпителиального полипа (ФЭП) мочеточника. Из-за способности имитировать злокачественные новообразования ФЭП имеют важное клиническое значение. На клиническом примере продемонстрирована последовательность применения методов визуализации, эндоскопической оценки и обоснованного выбора хирургической тактики лечения.

Ключевые слова: фиброэпителиальный полип, опухоль мочеточника, опухоли верхних мочевых путей.

Abstract

The authors present a clinical case of a rare benign mesodermal tumor – fibroepithelial polyp of the ureter. Such polyps can mimic malignant neoplasms, that is why their diagnosing has an important clinical significance. In the described case, the authors demonstrate the sequence of applied diagnostic tools, including imaging techniques and endoscopic examination. Such a balanced approach allows to make a substantiated choice for surgical tactics.

Keywords: fibroepithelial polyp, ureteral tumor, upper urinary tract tumors.

Ссылка для цитирования: Алферов С.М., Добужский В.А., Гаврилов А.М. Клинический случай фиброэпителиального полипа мочеточника. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2026; 1: 125–127.

Фиброэпителиальные полипы (ФЭП) – редко встречающиеся доброкачественные фиброзопителиальные опухолевидные образования. В базе данных PubMed по данной теме опубликовано всего 178 сообщений, из них 135 опубликованных клинических наблюдений, 10 литературных обзоров. В систематическом обзоре от 2015 г. сообщалось о 144 описанных случаях ФЭП [1]. В доступных отечественных источниках опубликованы сообщения о семи случаях ФЭП [2].

На долю ФЭП приходится менее 1% всех опухолей мочевыводящих путей, наиболее часто они диагностируются у взрослых в возрасте 20–40 лет, с небольшим преобладанием среди мужчин, единичные случаи были зарегистрированы у детей. У взрослых наиболее часто ФЭП локализуется в мочеточнике: 62% – в верхнем отделе мочеточника или лоханочно-мочеточниковом сегменте, 15% – в почечной лоханке и минимальная доля – в мочевом пузыре или задней уретре [1, 3].

Точная этиология ФЭП остается неясной. Предложено несколько теорий, в том числе о врожденном, воспалительном и травматическом происхождении. В недавних исследованиях выдвинута теория реактивной гиперплазии, связывающая развитие ФЭП с хроническим воспалением или повреждением уретера. Кроме того, предполагается, что в этиологии ФЭП играют определенную роль гормональные и генетические факторы, хотя никаких определенных генетических мутаций или молекулярных маркеров выявлено не было [1, 4, 5].

Гистологически ФЭП представлен фиброэпителиальным образованием, высланным нормальным или гиперпласти-

ческим уротелием, с выраженной фиброваскулярной стромой. Доброкачественный характер этих образований подтверждается отсутствием клеточной атипии или инвазивного роста, однако опубликовано сообщение о кистозной трансформации ФЭП. Для ФЭП описаны несколько встречающихся гистологических типов строения, в том числе наблюдающихся в пределах одного полипа: высокий, пальцевидный, складчатый или напоминающий по форме клеверный лист [6].

Клиническая картина ФЭП неспецифична и зависит от их размера и локализации. Общие симптомы могут включать: микро- и макрогематурию, боль в поясничной области вследствие обструкции верхних мочевыводящих путей. В большинстве случаев ФЭП – это заболевание, протекающее бессимптомно и выявляется оно случайно [1, 4].

Диагностика ФЭП основывается на сочетании методов визуализации, эндоскопической оценки и гистологического исследования.

Основные методы лучевой диагностики: внутривенная урография – выявляются дефекты контрастирования мочеточника или почечной лоханки; компьютерная томография или магнитно-резонансная урография – предоставляет подробную анатомическую информацию о локализации и размерах ФЭП, а также по косвенным признакам позволяет предположить доброкачественность опухоли; ультразвуковое исследование (УЗИ) – обладает невысокой специфичностью и позволяет выявить расширение собирательных полостей почки и мочеточника или дополнительное образование в просвете лоханки или мочевого пузыря [1, 3, 4].

Уретероскопия позволяет непосредственно визуализировать опухоль, уточнить ее локализацию и провести биопсию для гистологического исследования, на основании которого выстраивается дальнейшая хирургическая тактика [1, 4].

Дифференциальный диагноз ФЭП необходимо проводить с другими опухолями мочеточника и почечных лоханок, включая уротелиальную карциному, инвертированную папиллому, другие доброкачественные опухоли, а также сгустки крови или фибрина, верхних мочевых путей.

Лечение ФЭП в основном хирургическое, целью его являются: удаление опухоли, устранение обструкции и постановка окончательного диагноза. Варианты лечения включают в себя эндоскопическую резекцию – наиболее распространенный подход, включающий уретеропиелоскопию и эндоскопическую резекцию или абляцию. Этот метод малоинвазивен и эффективен при лечении полипов малого и среднего размеров [1, 4, 5].

Открытая или лапароскопическая хирургия может применяться при крупных или труднодоступных опухолях, а также при неудачном предшествующем эндоскопическом лечении [1, 3].

В представленном клиническом случае проиллюстрированы сложности дифференциальной диагностики у пациента с редкой урологической патологией. Продемонстрирована важность последовательного применения методов визуализации, эндоскопической оценки и взвешенного выбора хирургической тактики.

Клинический случай

Пациентка Б., 48 лет. При амбулаторном обследовании в феврале 2022 г., по данным УЗИ, выявлена опухоль правой стенки мочевого пузыря до 26 × 15 × 16 мм. Расширения собирательных полостей почек нет. При дообследовании по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ), в области устья правого мочеточника определяется внутрипросветное образование с неровными контурами, папиллярными разрастаниями, размерами 21 × 17 × 16 мм, прилежащее к стенке мочевого пузыря в диаметре около 8 мм. Мышечный слой на уровне образования прослеживается отчетливо, не изменен. Отмечается ограничение диффузии в зоне вышеописанного образования, раннего накопления контрастного препарата не выявлено. В зоне сканирования отмечается расширение правого мочеточника до 10 мм в нижней трети. Содержимое мочеточника неравномерно изоинтенсивное (рис. 1).

В марте 2022 г. пациентке была выполнена цистоскопия. При осмотре правое устье не определяется – в проекции правого устья определяется грубоворсинчатая опухоль до 3 см, с участками инкрустации солями; других дополнительных образований в просвете мочевого пузыря не выявлено (рис. 2).

Выполнена биполярная трансуретральная резекция части опухоли мочевого пузыря. На этапах резекции опухоль сократилась и мигрировала в просвет мочеточника. Выполнена уретероскопия справа. В просвете мочеточника на расстоянии 4–5 см от устья определяется дистальный конец опухоли, опухоль распростра-

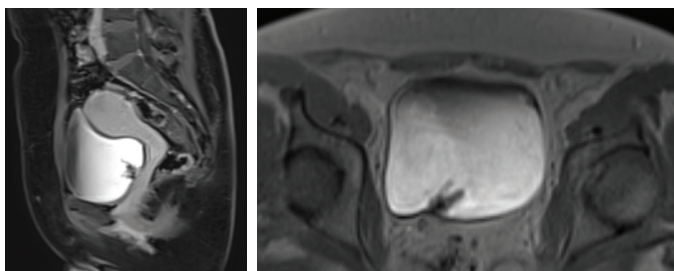


Рис. 1. МРТ малого таза: в области правого устья внутрипросветное образование с неровными контурами, папиллярными разрастаниями, размерами 21 × 17 × 16 мм

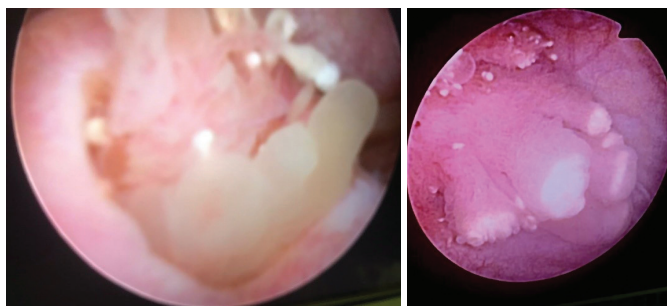


Рис. 2. Цистоскопическая картина: в проекции правого устья определяется грубоворсинчатая опухоль до 3 см, с участками инкрустации солями

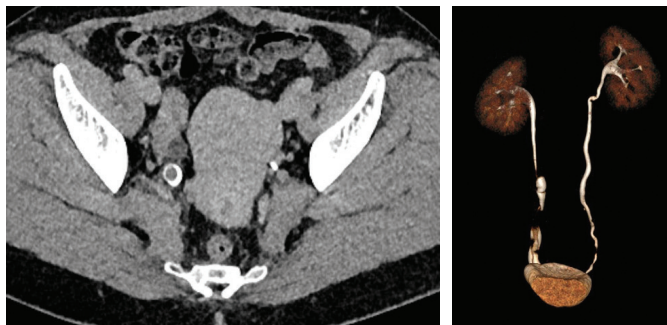


Рис. 3. МСКТ-исследование: дефект заполнения контрастом нижней трети мочеточника на протяжении не менее 12 см

нялась проксимально и не была связана со стенкой мочеточника. На уровне средней трети опухоль широким основанием, занимающим 2/3 окружности, фиксирована к стенке мочеточника. С учетом широкого основания опухоли от выполнения лазерной резекции в просвете мочеточника решено воздержаться.

Гистологическое исследование № 2472 от 09.03.2022 г.: фрагменты слизистой оболочки с наличием множества папиллярных выростов различной формы, покрытых уротелием обычного строения с участками десквамации, с полнокровием сосудов и очаговым отеком собственной пластинки, очаговыми скоплениями пенистых клеток и рассеянной, слабо выраженной хронической воспалительной инфильтрацией.

В качестве дообследования выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) мочевыделительной системы с контрастированием: справа чашечно-лоханочная система обычной конфигурации, не расширена; правый мочеточник в нижней трети расширен до 10 мм, в выделительную фазу отмечается дефект заполнения контрастом нижней трети мочеточника на протяжении не менее 12 см, выполняющий до 80–95% просвета, пролабирующий в просвет мочевого пузыря, с невыраженным накоплением контрастного препарата, градиент накопления в пределах 10НУ (рис. 3).

Пациентке 30 марта 2022 г. выполнены резекция правого мочеточника и уретероуретероанастомоз. Правый мочеточник мобилизован на протяжении всей средней трети. На уровне перекреста с общей подвздошной артерией мочеточник значительно расширен в дистальном направлении. Резецирован от участка начала расширения в дистальном направлении на протяжении 1 см, с резецированным участком из просвета мочеточника извлечена опухоль диаметром до 1 см и длиной до 12–14 см, установлен внутренний катетер-стент, выполнен уретероуретероанастомоз (рис. 4).

Гистологическое исследование № 3640 от 05.04.2022 г.: образование представлено грубоволокнистой соединительной тканью с многочисленными полнокровными сосудами с утолщенными стенками, в отдельных сосудах фибриновые тромбы с наличием



Рис. 4. Фиброэпителиальный полип мочеточника, извлеченный в ходе резекции правого мочеточника. Макпрепарат

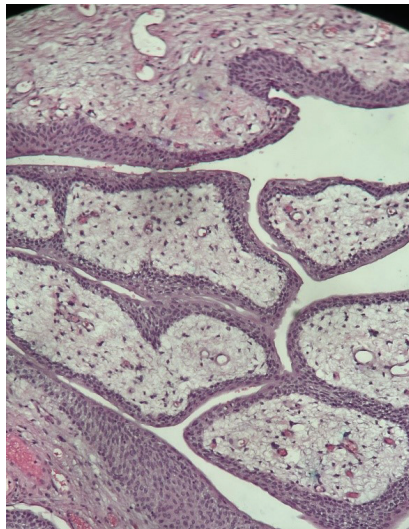


Рис. 5. Гистологическое строение извлеченного образования (фиброэпителиального полипа)

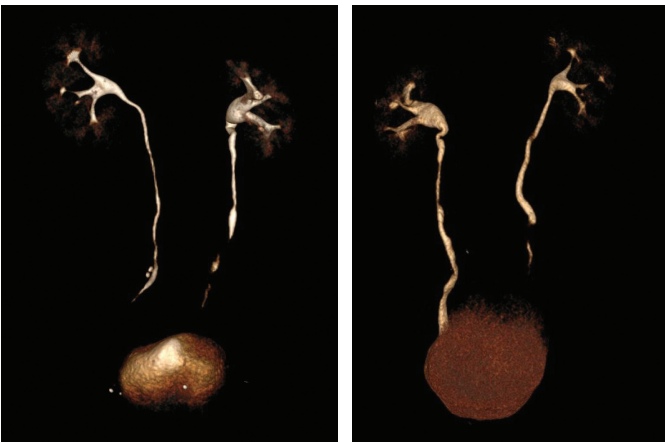


Рис. 6. Контрольное МСКТ-исследование 2024г.: данных о рецидиве опухоли мочеточника и нарушениях пассажа мочи по правому мочеточнику нет

пучков гладкомышечных волокон; образование покрыто уротелием обычного вида, частично десквамированным, по периферии имеются немногочисленные папиллярные разрастания с широкими фиброваскулярными стержнями, покрытые нормальным уротелием без атипии. Заключение: фиброэпителиальный полип мочеточника (рис. 5).

Послеоперационный период протекал гладко. Уретральный катетер удален на седьмые сутки.

Пациентке 20 мая 2022 г. выполнены удаление внутреннего катетера-стента справа, уретероскопия справа. Устье правого мочеточника зияет. Выполненная уретероскопия на протяжении всего мочеточника показала: просвет в нижней трети расширен, участков сужения просвета мочеточника не выявлено.

По результатам контрольных обследований, выполненных в 2022–2024 гг., были оценены отдаленные результаты проведенного нами лечения. Данных о рецидиве опухоли мочеточника и нарушениях пассажа мочи по правому мочеточнику нет (рис. 6).

Обсуждение

ФЭП почек и мочеточников представляют собой редкое, доброкачественное образование, имеют важное клиническое значение из-за их способности имитировать злокачественные

новообразования, вызывать нарушение пассажа мочи и обструктивные осложнения, такие как почечная колика, гидронефроз и почечная недостаточность.

Современные достижения в области визуализации, в частности компьютерная урография и МРТ, улучшили предоперационную дифференциацию ФЭП от злокачественных новообразований. Между тем, уретероскопия с биопсией должна оставаться стандартом диагностики.

Основным методом хирургического лечения ФЭП является эндоскопическая резекция, с применением различных лазеров. Данный метод в настоящее время позволяет добиться успешных результатов даже при крупных или проксимально расположенных полипах [1, 3]. Однако в сложных случаях вариантом хирургического лечения является сегментарная резекция мочеточника или резекция лоханки почки, которые могут быть осуществлены лапароскопическим или робот-ассистированным доступом.

Отдаленные результаты после хирургического лечения ФЭП благоприятны, но целесообразно проводить ежегодное наблюдение в течение трех – пяти лет, поскольку документируются редкие поздние рецидивы.

Заключение

Фиброэпителиальный полип мочеточника является редким доброкачественным заболеванием, которое может имитировать злокачественные опухоли верхних мочевых путей. Неспецифичность клинических проявлений обуславливает комплексный диагностический подход с обязательным использованием эндоскопических методов и гистологической верификации. Современные эндоскопические технологии позволяют эффективно и безопасно выполнять хирургическое лечение данной патологии с хорошими отдаленными результатами. Знакомство клиницистов с ФЭП способствует снижению риска гипердиагностики и необоснованно радикальных хирургических вмешательств.

Пациент предоставил добровольное информированное письменное согласие на публикацию данного клинического случая и сопутствующих изображений.

Литература

1. Ludwig D.J. et al. Treatment and outcome of fibroepithelial ureteral polyps: a systematic literature review // Can. Urol. Assoc. J. – 2015. – No 9. – P. 631–637. DOI: 10.5489/auaj.2878.
2. Гулиев Б.Г. и др. Фиброэпителиальные полипы лоханки и мочеточника // Урология. – 2016. – № 2. – С. 104–108. [Guliev B.G. et al. Fibroepithelial polyps of the pelvis and ureter // Urology. – 2016. – No 2. – P. 104–108. In Russian]. DOI: 10.18565/urology.2016.2.104-108.
3. Lam J.S. et al. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter // Urology. – 2003. – V. 62. – P. 810–813. DOI: 10.1016/S0090-4295(03)00691-5.
4. Delia E.C. et al. Fibroepithelial polyps causing ureteropelvic junction obstruction in children – a case report and review article // European journal of Pediatric Surgery. – 2007. – V. 17. – No 2. – P. 142–146. DOI: 10.1016/S1607-551X(09)70202-5.
5. Childs M.A. et al. Fibroepithelial polyps of the ureter: a single-institutional experience // Journal of Endourology. – 2009. – V. 23. – No 9. – P. 1415–1419. DOI: 10.1089/end.2009.0403.
6. Georgescu D. et al. Fibroepithelial polyps—a rare pathology of the upper urinary tract // Rom. J. Morphol. Embryol. – 2014. – V. 55. – No 4. – P. 1325–1330. PMID: 25611262.