

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ СТРИКТУРОЙ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И КАМНЕМ, ВЫРОСШИМ СКВОЗЬ СТРИКТУРУ ДО 4 СМ ДЛИНОЙ

*Г.А. Прохоренко,
Р.В. Святивода, В.И. Еськов*

**Военно-медицинский клинический центр Крымского региона
Севастополь, Украина**

Представлены результаты оперативного лечения пациента с камнем лоханки и верхней трети мочеточника, прорастающим сквозь стриктуру лоханочно-мочеточникового сегмента. Своевременный комплекс лечебных мероприятий позволил выполнить пластическую операцию на мочеточнике и восстановить уродинамику из правой почки.

Ключевые слова: стриктура мочеточника, камень почки.

Постановка проблемы

Мочекаменная болезнь — полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием камня или нескольких камней в почках и/или мочевых путях. Это одно из наиболее распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1–3% населения, причем наиболее часто в возрасте 20–50 лет. Больные составляют 30–40% всего контингента урологических стационаров. Камни чаще локализуются в правой почке. Двусторонние камни наблюдаются у взрослых в 15–30% случаев, а у детей — в 2,2–20,2%. Несмотря на изменение социальных и демографических условий жизни населения, сохраняющиеся эндемические очаги заболелсваемости (Средняя Азия, Кавказ, Поволжье, Крайний Север, Австралия, государства Балканского полуострова, Бразилия, Турция, Индия, восточные

районы США и т.д.) свидетельствуют о значимом влиянии факторов внешней среды и географических условий на возникновение и развитие мочекаменной болезни.

Этиология и патогенез. В настоящее время единой теории патогенеза мочекаменной болезни нет. Генез камнеобразования разделяют на каузальный (этиологический) и формальный (патогенетический).

Этиология (каузальный генез). Среди факторов камнеобразования ведущее место занимают врожденные энзимопатии (тубулопатии), пороки анатомического развития мочевых путей, наследственные нефрозо- и нефритоподобные синдромы.

Энзимопатии (тубулопатии) представляют нарушения обменных процессов в организме или функций почечных канальцев в результате различных ферментативных нарушений, которые могут быть как врожденными, так и приобретенными. Этиологические факторы развития камнеобразования на фоне врожденных тубулопатий можно разделить на экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы: географические, социально-экономические, алиментарный, пол, возраст, химический состав воды и т.д.

Эндогенные факторы. Общие: гиперкальциурия, А-авитаминоз, D-авитаминоз или передозировка витамина D, гиперпаратиреоз, бактериальная интоксикация при общих инфекциях и пиелонефрите и т.д.

Местные (приводящие к нарушению уродинамики): стриктуры мочеточника, первичные и вторичные стенозы лоханочно-мочеточникового сегмента, аномалии мочевых путей, нефроптоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, инфекция мочевых путей и т.д. Затрудненный отток мочи из почек приводит к нарушению экскреции и резорбции составных элементов мочи, выпадению (кристаллизации) солевого осадка, а также создает условия для развития воспалительного процесса.

Риск камнеобразования значительно увеличивается при наличии в организме одновременно нескольких предрасполагающих к заболеванию факторов.

Результаты исследования и их обсуждение

Больной М., 58 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на ноющие схваткообразные боли в правой поясничной области, отдающие на переднюю брюшную стенку, тошноту, сухость

во рту, слабость. Подобное состояние около двух суток, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Ранее урологического анамнеза нет.

Объективно — состояние удовлетворительное, компенсировано. Дыхание везикулярное, гемодинамика стабильная. Язык влажный, живот мягкий, умеренно болезненный в проекции правой почки. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный слева, положительный справа.

Выполнено дообследование: УЗИ почек — признаки гидронефроза справа, камня лоханочно-мочеточникового сегмента с переходом в верхнюю треть мочеточника до 4,0 см в длину и 0,6 см в поперечнике. Отека паренхимы нет. Паранефральная клетчатка без патологических изменений.

Компьютерная томография с контрастированием: в верхней трети мочеточника и лоханочно-мочеточниковом сегменте определяется тень конкремента 4,0 см по длине и 0,6 в поперечнике.

На фоне проведенной спазмолитической терапии клиника почечной колики купирована. Больной подготовлен к оперативному лечению.

На операции: выраженный периуретерит в области верхней трети мочеточника и лоханки. Выполнена уретеролитотомия. Удален камень оранжево-коричневого цвета длиной 3 см. При осмотре последнего имеется скол на его проксимальной части. Выполнено интраоперационное УЗИ почки — имеется камень до 1 см длиной в лоханке. Мобилизована лоханка, выявлена стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, камень лоханки. Учитывая вышеизложенное, выполнена пиелолитотомия, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Андерсену-Хайенсу, стентирование правого мочеточника. Проводилась комплексная антибактериальная, симптоматическая терапия, уроантисептики, постельный режим в течение 14 дней. Послеоперационный период гладкий. Осложнений не наблюдалось.

Через 35 суток стент удален. На контрольном УЗИ признаков гидронефроза справа нет, толщина паренхимы — 1,7-1,8 см. Конкрементов нет.

Литература

1. Возіанов О.Ф. Люлько А.В. Атлас — руководство по урологи. В 3 т. — Днепропетровск: Пороги, 2002.

2. Национальное руководство по урологии / Под ред. академика РАМН Н.А.Лопаткина. — М., 2009.
3. Руководство по урологии / Под ред. акад. РАМН Н.А.Лопаткина. — М., 1998.
4. Клиническая ультразвуковая диагностика / Под ред. Н.М.Мухарлямова. Т. 1. — М., 1987. — 297 с.
5. Паливода Н.И. Оперативная урология / Под ред. Н.А.Лопаткина, И.П.Шевцова. — М., 1986.
6. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Коралловидные камни почек. — Минск, 1973.
7. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. — М., 1985.
8. Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей. — М. 1987.