

DOI 10.37539/2949-1991.2024.4.15.018
УДК 616.613-003.7-039.31:616.617-003.7-089.878

Ванюков Владислав Витальевич, студент,
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь
Vanyukov Vladislav Vitalevich, student,
Perm State Medical University
named after Academician E.A. Wagner

Попова Надежда Ивановна,
кандидат медицинских наук, доцент,
Кафедра факультетской терапии №1,
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь
Popova Nadezhda Ivanovna,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Faculty Therapy No.1,
Perm State Medical University
named after Academician E.A. Wagner,

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАМНЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛЕВОГО
МОЧЕТОЧНИКА СО СТРИКТУРОЙ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА ЛЕВОГО
МОЧЕТОЧНИКА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ
A CLINICAL CASE OF A STONE OF THE UPPER THIRD
OF THE LEFT URETER WITH THE STRICTURE OF THE PELVIC
PART OF THE LEFT URETER AND CONCOMITANT RENAL COLIC**

Аннотация: В работе описан клинический случай ведения пациента с камнем верхней трети левого мочеточника со стриктурой тазового отдела левого мочеточника и сопутствующей почечной коликой. Приведены данные о тактике лечения данного пациента, касающиеся вопросов терапевтического ведения и оперативного вмешательства.

Abstract: The article describes a clinical case of a patient with a stone of the upper third of the left ureter with stricture of the pelvic region of the left ureter and concomitant renal colic. The data on the treatment tactics of this patient, concerning the issues of therapeutic management and surgical intervention, are presented.

Ключевые слова: нефролитиаз, дистанционная литотрипсия, контактная литотрипсия, конкременты мочеточника, мочевыделительная система.

Keywords: nephrolithiasis, remote lithotripsy, contact lithotripsy, ureteral concretions, urinary system.

Введение

Мочекаменная болезнь на сегодняшний день является одним из самых распространенных заболеваний в урологии, занимая второе место после инфекций мочевых путей. Заболеваемость среди взрослого населения составляет 3-18% и имеет тенденцию к неуклонному росту, причем практически не зависит от гендерной и национальной принадлежности. По данным исследований, комбинированная лекарственная терапия камней мочеточников в сочетании с водной нагрузкой, включающей лечебные минеральные воды, демонстрирует достаточно высокую эффективность (88,9%) и полную безопасность [1]. При



этом эффективность медикаментозной терапии зависит от наличия или отсутствия сахарного диабета, исходного пиелонефрита, давности приступов более 3 дней и их частоты более 1 раза в сутки, интенсивности болевого синдрома субфебрильной температуры тела и геометрических характеристика самого конкремента (размер более 5 мм, овальная или полигональная форма, нечеткий край) [2]. Высокую эффективность показывает терапия уратных камней, растворение которых вполне возможно цитратными препаратами, в то время как оксалатные или кальциевые камни разрушить медикаментозно практически или вовсе невозможно [3]. Существует множество хирургических методов лечения камней мочеточника, среди них эндовидеохирургическая уретеро- и пиелолитотомия, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, контактная уретеролитотрипсия. Причем многие исследования доказали, что именно эндовидеохирургическая уретеро- и пиелолитотомия – эффективный метод, позволяющий удалить камень вне зависимости от его размера, в 100% достичь Stone free rate, в том числе на фоне обструктивного калькулезного пиелонефрита в активной фазе при минимальном риске повторных вмешательств [4]. Самым популярным и высокоэффективным методом удаления камней мочеточника считается дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Однако, согласно исследованиям, монотерапия крупных (более 15 мм) камней мочеточника таким хирургическим методом недостаточно эффективна и потому не может расцениваться как метод выбора [5]. Существует множество публикаций, доказывающих или опровергающих эффективность того или иного хирургического метода, но четких данных по тактике лечения нефролитиаза до сих пор нет.

Цель исследования – анализ клинического случая течения мочекаменной болезни.

Материалы и методы исследования

Анализ клинического случая ведения пациента с камнем верхней трети левого мочеточника со стриктурой тазового отдела левого мочеточника и сопутствующей почечной коликой.

Клинический случай

Пациент В., 2002 года рождения, экстренно поступил в стационар урологического отделения Городской клинической больницы №2 имени Ф.Х. Граля города Перми 07.03.2024 г. в 04:10, через 4 часа после заболевания. Направлен в стационар выездной бригадой скорой медицинской помощи. Диагноз при направлении: Почечная колика неуточненная.

На момент поступления в стационар предъявлял жалобы на спастические давящие боли в поясничной области слева, в левых отделах живота, тошноту без рвоты, интенсивность боли 3-4 балла по Визуальной аналоговой шкале.

Анамнез заболевания. Заболел остро около 00:00 07.03.2024 года, принимал обезболивающее (Дексалгин 25 – 25 мг, перорально однократно) и спазмолитик (Дротаверин – 80 мг, перорально однократно) – без эффекта. В связи с сохраняющимися жалобами вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Доставлен в приемное отделение Городской клинической больницы №2 имени Ф.Х. Граля, города Перми. Осмотрен урологом. Госпитализирован. В 2022 году перенес приступ почечной колики слева, в день поступления в приемное отделение был направлен на амбулаторное лечение с консультацией уролога и назначенным лечением в связи с отсутствием показаний для госпитализации. Лечение принимал своевременно и в полном объеме, затем обследован, камень не обнаружен.

Анамнез жизни: гепатит В, С, туберкулез, ВИЧ, ИППП – отрицает. Травмы и операции не подтверждает. Трансфузиологический анамнез не отягощен. Отмечает аллергические реакции на пыль, шерсть животных, пыльцу растений и некоторые пищевые продукты в виде поллинозов, риносинуситов, крапивницы. Аллергию на лекарственные препараты отрицает. В 2021 году подтвержден диагноз аллергической бронхиальной астмы в стадии ремиссии более 12 лет. Препараты от астмы не принимает. Другие перенесенные заболевания – ОРВИ, COVID-19 в 2021 году.



Объективный статус, физикальное исследование (локальный статус): состояние пациента удовлетворительное, уровень сознания по шкале Глазго – 15 баллов. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, без патологических высыпаний и трофических изменений. Отеки не определяются. Видимые слизистые оболочки розового цвета, без патологических изменений. Состояние подкожно-жировой клетчатки нормальное. Лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются. Костно-мышечная система без патологических изменений. При аускультации легких дыхание везикулярное над всей поверхностью грудной клетки, без хрипов, крепитации и шума плевры. Перкуторно границы сердца не изменены. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологических шумов не определяется. Пальпация брюшной полости безболезненна, печень по краю правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, оформленный, без патологических включений, 1-2 раза в день. Симптомы раздражения брюшины не определяются.

Исследование мочеполовой системы. Патологических изменений не определяется. Область проекции почек внешне не изменена. Симптом сотрясения поясничной области слева положительный. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащенное. Наружные половые органы без особенностей.

Температура тела 36,6°C, частота сердечных сокращений составляет 76 ударов в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт. ст., частота дыхательных движений – 16 в минуту, насыщение крови кислородом – 98%.

При поступлении в урологическое отделение пациенту были проведены стандартные обследования. Общий анализ крови (07.03.2024 г.): незначительный относительный лимфоцитоз (44%). Биохимический анализ крови (07.03.2024 г.) в норме. Коагулограмма (07.03.2024 г.): фибриноген – 3,11 г/л. Изосерология (07.03.2024 г.): группа крови А (II), вторая, резус-фактор Rh (+), положительный. Кровь на RW (07.03.2024 г.): микрореакция на сифилис отрицательная. Общий анализ мочи (07.03.2024 г.): незначительная гиперстенурия (1030 г/л), цвет мочи – желтый, прозрачность – мутная, бактерии отрицательные, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты – 100 в поле зрения, плоский эпителий – 0-1 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко (07.03.2024 г.): значительная микрогематурия (150000 клеток в 1 мл). Обзорная урография (07.03.2024 г.): слева в проекции мочеточника на уровне L-2 тень 0,7x0,4 см с подозрением на конкремент. Внутривенная урография (07.03.2024 г.): выделительная функция почек сохранена, отток слева замедлен. Камень верхней трети левого мочеточника с размером 0,7x0,4 см. Каликопиелоуретерэктазия слева. Рентгенография грудной клетки (07.03.2024 г.) – без патологий. Электрокардиография (07.03.2024 г.): ритм синусовый с частотой сердечных сокращений – 84 удара в минуту. Ультразвуковое исследование (07.03.2024 г.): расположение и подвижность почек в норме. Контуры ровные. Паренхима 18 мм с обеих сторон. Чашечно-лоханочная система расширена слева – чашечки 8 мм, лоханка – 18 мм. Синусы без особенностей. Мочеточник справа не визуализируется, слева 6 мм, верхней трети лоцируется гиперэхогенное образование размером 9x4 мм, дающее акустическую тень. Очаговых образований нет. В средней и нижней группах чашечек левой почки лоцируются гиперэхогенные образования размером по 6 мм, дающие акустическую тень. Мочевой пузырь пуст. Бактериологическое исследование мочи (13.03.2024 г.): рост *Morganella morganii* 103, чувствительной к Ципрофлоксацину, Амикацину, Цефотаксиму. На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного статуса пациента, лабораторных и инструментальных методов диагностики, поставлен основной диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети левого мочеточника. Стриктура тазового отдела левого мочеточника. Осложнение заболевания: Почечная колика слева.

07.03.2024 г. пациенту назначено лечение: раствор Кетопрофена – 2,0 мл внутримышечно, 2 раза в день при колике, раствор Платифиллина 0,2% – 2,0 мл



внутримышечно, 2 раза в день при болях, раствор Дротаверина 2% – 2,0 мл внутримышечно, 2 раза в день при болях, таблетки Дротаверина – 40 мг, по 2 таблетки 2 раза в день, перорально, таблетки Ципрофлоксацина – 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в день, перорально. 09.03.2024 г. пациенту дополнительно назначены таблетки Тамсулозина – 0,4 мг, по 1 таблетке 1 раз в день, перорально. С 07.03.2024 г. по 11.03.2024 г. – жалобы на боли в поясничной области слева, общее состояние удовлетворительное, локальный статус неизменен. Проводится лечение.

В связи с улучшением общего самочувствия, но сохранением камня в верхней трети мочеточника слева, запланировано оперативное вмешательство на 14.03.2024 г. – контактная уретеролитотрипсия. 14.03.2024 г. под спинномозговой анестезией была выполнена попытка лазерной литотрипсии конкремента верхней трети мочеточника слева. Конкремент разрушить не удалось, так как на все протяжении под камнем и до устья мочеточника, открывающегося в мочевого пузырь, была обнаружена стриктура. В связи с этим, прохождение уретероскопа в полость мочеточника стало невозможным. Принято решение о стентировании мочеточника.

15.03.2024 года выполнена обзорная урография: слева в проекции мочевых путей стент, верхний конец его на уровне L1. 19.03.2024 г. в 15:00 пациент был выписан. Рекомендовано: 1) решить вопрос о госпитализации в урологическое отделение Пермской краевой клинической больницы для удаления стента и проведения дистанционной ударно-волновой литотрипсии; 2) госпитализация в урологическое отделение через 2 недели после выписки; 3) капсулы Фурамаг – по 2 капсулы 3 раза в день, 7 дней; 4) таблетки Канефрон Н – по 2 таблетки 3 раза в день, 10 дней.

20.03.2024 года пациент самостоятельно сдал общий анализ мочи в лаборатории «КДЛ». Цвет мочи – бурый, прозрачность – мутная, белок в моче – 1.00, эритроциты – сплошь в поле зрения, неизмененные, лейкоциты – 1-3, небольшое количество слизи, бактерии не обнаружены. 26.03.2024 года пациент самостоятельно обследовался на наличие камней методом ультразвукового исследования в клинике «Медси-Пермь», получены результаты: эхографические признаки мочекаменной болезни. Камни обеих почек, в верхней группе чашечно лоханочной системы справа лоцируется гиперэхогенное образование с четкой акустической тенью в диаметре 5 мм, в верхней и средней группе чашечно-лоханочной системы слева лоцируются гиперэхогенные образования с четкими акустическими тенями в диаметре до 5 и 6 мм. Микролитиаз обеих почек (в синусах обеих почек лоцируются множественные гиперэхогенные образования с нечеткими акустическими тенями до 2-3 мм в диаметре. Незначительная пиелоэктазия слева (до 12-14 мм). 28.03.2024 г. пациент самостоятельно обследовался на наличие камней методом компьютерной томографии в клинике «Медси-Пермь». По данным КТ: права почка размерами 106*59*57 мм, обычной формы и расположения. Корковое и мозговое вещество отчетливо дифференцируется. Структура визуально однородная, дополнительных включений в паренхиме и подкапсульно не определяется. Чашечно-лоханочная система не расширена, в чашечке нижнего полюса определяется единичный рентгенконтрастный конкремент до 3,0 мм диаметром. Левая почка размерами 115*61*54 мм, обычной формы и расположения. Структура визуально однородная, дополнительных включений в паренхиме и подкапсульно не определяется. Чашечно-лоханочная система расширена: чашечки до 14 мм, лоханка 18*24 мм. В чашечке нижнего полюса определяется единичный рентгенконтрастный конкремент до 4,0 мм диаметром. В чашечке верхнего полюса определяется проксимальный конец мочеточникового стента, далее стент проведен в лоханку и мочеточник. Мочеточники: справа не расширен (до 5 мм диаметром), дополнительных включений, рентгенконтрастных конкрементов не содержит. В просвете левого мочеточника установлен стент на всем протяжении, дистальный конец открывается в мочевого пузырь. Просвет мочеточника до 6,5 мм, стенки его уплотнены, клетчатка вдоль мочеточника с участками облаковидного уплотнения. Мочевого пузыря без особенностей.



05.04.2023 года пациент обратился в хирургическое отделение Пермской краевой клинической больницы, где под местной анестезией (Катеджель с лидокаином) амбулаторным методом был извлечен мочеточниковый стент. В связи с постэндоскопическим болевым синдромом в уретре пациент самостоятельно принял обезболивающее средство (Кетопрофен – 150 мг, перорально, однократно). Болевой синдром купирован. Осложнений после вмешательства не наблюдалось. Пациент в этот же день был отправлен домой с рекомендацией выжидательной тактики для возможного самостоятельного отхождения конкремента. Рекомендовано: в случае неэффективности выжидательной тактики обратиться через месяц для проведения плановой дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

На данный момент пациенту проводится литокинетическая терапия с целью ускорения отхождения конкремента (таблетки Тамсулозина – 0,4 мг, по 1 таблетке 1 раз в день в течение месяца, перорально), в связи с показанием выжидательной тактики. Пациент сообщает об удовлетворительном самочувствии, боли не отмечает, жалоб не имеет. Эпизода отхождения конкремента не подтверждает. Проводится дальнейшее наблюдение.

Выводы

Несмотря на наличие прогрессивных медикаментозных и хирургических методов лечения камней мочеточника, таких как дистанционная ударно-волновая литотрипсия и контактная уретеролитотрипсия, нефролитиаз все же остается главной проблемой современной терапии заболеваний мочевыделительной системы. Это связано не только с высоким риском послеоперационных осложнений, но и структурой (составом) конкрементов, затрудненным терапевтическим лечением.

Список литературы:

1. Канана А.Я. Комбинированная лекарственная терапия камней мочеточников // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2020. – Т.5, №1. – С. 63-66.
2. Роцин Ю.В. Спонтанная элиминация камней мочеточника и факторы, ее определяющие // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2008. – Т.9, №1. – С. 62-67.
3. Фролова Е.А., Цариченко Д.Г., Саенко В.С., Рапопорт Л.М. Цитратная терапия – высокоэффективная альтернатива хирургическому лечению у пациентов с мочекаменными камнями мочеточников // Вопросы урологии и андрологии. – 2018. – Т.6, №4. – С. 50-55. – DOI: 10.20953/2307-6631-2018-4-50-55
4. Антонов А.В., Авазханов Ж.П. Результаты малоинвазивных методов лечения крупных камней верхних отделов мочеточников // Урологические ведомости. – 2015. – Т.5, №1. – С. 92.
5. Коган М.И., Белоусов И.И., Яссине А.М. Эффективность дистанционной ударно-волновой литотрипсии при камнях проксимального отдела мочеточника // Урология. – 2017. – №5. – С. 5-8. – DOI 10.18565/urology.2017.5.5-8

