

И. Т. Хасанов

Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан
г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ
ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО
С КОНКРЕМЕНТОМ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА ПРАВОЙ
ПОЧКИ В КОМБИНАЦИИ
С КОНКРЕМЕНТОМ УРЕТЕРОЦЕЛЕ СПРАВА.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

АННОТАЦИЯ

Рассматривается клинический случай из практики мочекаменной (почечнокаменной) болезни с применением двухэтапной оперативной техники.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, конкремент, уретероцеле, мочеточниковый стент.

Мочекаменная (почечнокаменная) болезнь, или уrolитиаз (нефролитиаз), относится к числу самых распространенных заболеваний почек и мочевых путей. По частоте (распространенности) она занимает второе место после воспалительных заболеваний почек и мочевых путей. Встречается во всех странах мира, в любом возрасте как у мужчин, так и у женщин, но с преобладанием мужчин преимущественно в возрасте 20-50 лет (80%). Это заболевание может встречаться как у глубоких стариков, так и у новорожденных.

Уретероцеле – аномалия, иногда именуемая внутрипузырной кистой мочеточника, уретерovesикальной кистой или кистозной дилатацией нижнего конца мочеточника. Она представляет собой внутрипузырное выпячивание всех слоев самого нижнего сегмента мочеточника. Следовательно, кистозное выпячивание в пузырь покрыто снаружи слизистой оболочкой пузыря и изнутри выстлано слизистой оболочкой мочеточника, а между этими слоями располагаются рассеянные мышечные волокна и соединительная ткань.

Каждый случай уретероцеле может сопровождаться инфекцией верхних мочевых путей. Стаз мочи и инфекция предрасполагают к камнеобразованию. Иногда камни локализируются в кистозно-дилатированной полости уретероцеле, и их отхождение невозможно

из-за наличия весьма узкого отверстия в нем. Вашему вниманию представлен клинический случай из практики.

В урологическое отделение ВКГ МО РК поступил военнослужащий Ч. 1990 г.р. с жалобами на ноющие боли в поясничной области справа, усиливающиеся при физических нагрузках, на изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что боли в поясничной области справа беспокоят в течение месяца и сопровождаются изменением цвета мочи. В районной больнице с. Кордай произведена экскреторная урография, позволившая выявить камень лоханочно-мочеточникового сегмента справа (рис. 1).

При детальном пересмотре рентгенологических снимков помимо камня лоханочно-мочеточникового сегмента у больного имело место уростаз до устья правого мочеточника. При проведении УЗИ мочевого пузыря выявлено: камень устья правого мочеточника (рис. 2).

С диагностической целью произведена цистоскопия. Емкость мочевого пузыря 300,0, жидкость удерживает удовлетворительно. Слизистая мочевого пузыря бледно-розового цвета, инъецирована сосудами. Левое устье мочеточника расположено на валике: на 5 ч, синхронно поступает светлая моча из левого устья, правое устье представлено выпячиванием в просвет мочевого пузыря в виде уретероцеле, где в устье определяется конкремент



Рис. 1. Камень лоханочно-мочеточникового сегмента справа



Рис. 2. Камень устья правого мочеточника

светло-коричневого цвета, поступление мочи замедленное. Произведена частичная резекция уретероцеле с помощью биопсийных щипцов. Конкремент удалить не удалось.

В связи с наличием уретероцеле, конкремента в устье правого мочеточника как дополнительной находки в данном клиническом случае нами было решено произвести двухэтапное хирургическое лечение:

- цистотомия, уретероцелеэктомия с удалением камня устья правого мочеточника и внутренним дренированием мочеточниковым стентом как первый этап операции;
- правосторонняя люмботомия, уретеролиз, передняя пиелолитотомия, дренирование забрюшинного пространства, как второй этап операции.

19 сентября под ЭПДА цистоскопически больному произведена попытка рассечения уретероцеле. В связи с техническими трудностями, операция продолжена открытым

путем. Продольным разрезом кожи длиной 8,0 см, отступив от лобка на 2,0 см, послойно разведены подлежащие мягкие ткани до передней стенки мочевого пузыря. Мочевой пузырь вскрыт в поперечном направлении на протяжении 4,0 см, взят на держалки. При ревизии в полости мочевого пузыря определяется уретероцеле справа с конкрементом в устье правого мочеточника. С помощью ножниц произведено иссечение уретероцеле. Пинцетом захвачен конкремент размером 1,4×0,7×0,5 см, извлечен. Гемостаз резецированного участка уретероцеле. В правый мочеточник установлен внутренний мочеточниковый стент №6 (произ-

водство R&D Tech Pvt. Ltd. Индия) (рис. 3). Стенка мочевого пузыря ушита викриловыми швами по Карпенко. При проверке на герметичность подтекания жидкости через швы мочевого пузыря нет.

Гемостаз устойчивый. Послойные швы на рану. Йод-спирт, наклейка на рану. С целью отведения мочи из мочевого пузыря установлен уретральный катетер Фолея №18. Моча с незначительным геморрагическим отделяемым.

Макропрепарат: камень светло-коричневого цвета, неправильной треугольной формы шиповатый размерами 1,4×0,7×0,5 см.

По стабилизации состояния больного на 8-е сутки проведен второй этап операции: правосторонняя люмботомия, уретеролиз, передняя пиелолитотомия, дренирование забрюшинного пространства.

27 сентября под эндотрахеальным наркозом произведена люмботомия справа. Выделен дистальный конец правого мочеточника, взят на



Рис. 3. Внутренний мочеточниковый стент

держалки. При дальнейшей ревизии в области лоханочно-мочеточникового сегмента мочеточник интимно спаян на протяжении 1,0 см с окружающими тканями. Острым и тупым путем мочеточник выделен. Произведена мобилизация почки. Выделена лоханка. После отведения дополнительной артерии по передней стенке продольно вскрыта разрезом до 1,0 см. Камнеуловителем камень из лоханки удален. Лоханка промыта раствором фурациллина. Ранее установленный внутренний мочеточниковый стент проверен, стоит хорошо. Рана лоханки ушита в продольном направлении узловыми викриловыми швами. В забрюшинное пространство установлена люмбостомическая трубка № 8 и выведена на кожу через контрапертурный разрез длиной 1,0 см в правой подвздошной области. Гемостаз устойчивый. Послойные швы на рану. Йод-спирт, наклейка на рану.

Макропрепарат: камень черно-коричневого цвета, четырехугольной формы, шероховатый, размерами 1,5×1,0×0,8 см

В раннем послеоперационном периоде беспокоили жалобы на боли в области послеоперационной раны, позывы на мочеиспускание при наличии уретрального катетера, гипертермия, которые в динамике регрессировали

к концу вторых суток. В целом послеоперационный период протекал без особенностей. Мочевой катетер был удален на 3-и сутки. В связи с наличием дизурических явлений внутренний мочеточниковый стент удален на 11-е сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки после второго этапа операции под наблюдение врача гарнизонной поликлиники.

Выводы

В хирургическом лечении мочекаменной болезни применение двухэтапной оперативной техники является оправданным, так как разгрузка верхних мочевыводящих путей с установкой внутреннего мочеточникового стента (производство R&D Tech Pvt. Ltd., Индия) после удаления первой причины уростаза была необходима. Это дало возможность:

- разгрузить правую почку;
- восстановить эпителизацию правого устья;
- провести профилактику возникновения вторичной инфекции на фоне нарушения пассажа мочи;
- провести реабилитацию больного перед вторым этапом операции.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Руководство по клинической урологии / под ред. проф. А.Я.Пытеля. – М.: «Медицина», 1969. – 711 с.
- 2 Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. – М.: «Медицина», 1966. – 479 с.
- 3 Урология / под ред. Н.А.Лопаткина: 3 изд., перераб. и доп. – М.: «Медицина», 1992. – 495 с.

ТҮЙІН

Бұл мақалада ауру тәжірибесінен клиникалық жағдайлар көрсетілген: екі кезеңдік операциялық техниканы қолдана отырып зертасты (бүйрек тасы) аурулар.

Түйінді сөздер: несептасты ауру, конкремент, уретероцеле, зәрағар стент.

SUMMARY

This articles deals with a clinical case with a patient with kidney stone disease, when two-stage surgery technique was used.

Key words: kidney stone disease, stone, ureterocele, ureters stent.