



УДК 616-007-053.1

**М. Бердикеев, Б.К. Досхожаев\***Центральная городская клиническая больница  
Алматы, Казахстан\* [bahalik\\_d@mail.ru](mailto:bahalik_d@mail.ru) 87013995671

## СОЧЕТАННАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Резюме:** В статье описан случай сочетанной урологической патологии, осложненной мочекаменной болезнью и гиперплазии предстательной железы. Указаны особенности в лечении данного пациента.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, конкременты простаты, мочевого свища, доброкачественная гиперплазия простаты.

**Введение.** Мочекаменная болезнь является одним из широко распространенных урологических заболеваний в Республике Казахстан, уровень заболеваемости мочекаменной болезнью, в 2000 году, составил 67,5 больных на 100 тысяч взрослого населения, к 2010 году составил 72,5 больных и эти статистические показатели имеют тенденцию к росту. По эпидемиологическим исследованиям основной процент заболевших составляют мужчины (67,8%), в наиболее трудоспособном возрасте от 30 до 60 лет. [1] Конкременты предстательной железы подразделяются на первичные (истинные) и вторичные (ложные), т.е. мигрировавшие в простатический отдел уретры из [почек](#) и [мочевого пузыря](#).

**Актуальность.** Распространенность камней предстательной железы - в возрасте до 35 лет камни предстательной железы встречаются менее, чем в 10 % случаев. С возрастом встречаемость камней предстательной железы увеличивается, достигая 80 % среди пациентов старше 50 лет [2]. В группе пациентов с камнями предстательной железы отмечается преобладание такой патологии как аденома простаты (ДГПЖ) и хронический простатит. Длительный стаз инфицированного секрета простаты на фоне обструкции протоков желез простаты является главным фактором, способствующим камнеобразованию.

Кристаллографический анализ простатических конкрементов свидетельствует о том, что основными компонентами являются составляющие мочи, а не секрета простаты. Это подтверждает концепцию о роли интрапростатического рефлюкса мочи в формировании камней предстательной железы [2]. С другой стороны, существует точка зрения о первичном значении именно компонентов секрета предстательной железы в формировании конкрементов [3]. Согласно этой концепции отложение камнеобразующих неорганических компонентов (фосфат и карбонат кальция) происходит на амилоидных тельцах, которые являются результатом простатической секреции и служат ядром камнеобразования, что приводит, в конечном счете, к формированию камней простаты. Локализуясь в ацинусах и выводных протоках желез простаты, конкременты оказывают травмирующее воздействие на окружающие ткани, способствуют нарушению микроциркуляции и поддерживают воспалительный процесс за счёт находящихся в самом камне микроорганизмов.

На кафедре урологии, андрологии КазМУНО накоплен большой опыт оперативного лечения мочекаменной болезни, методом контактной уретеролитотрипсии с использованием гольмиевого лазера (КЛЛТ).

**Материалы и методы.** Вашему вниманию представляется клинический случай из нашей практики. В августе 2018 года в нашу клинику обратился пациент Б. 78 лет, с жалобами на выделение гнойного отделяемого из отверстия кожи в области после операционного рубца. Ранее пациенту был выставлен диагноз «мочевого свища», который открывался на кожу на уровне переднеподмышечной линии с пересечением поперечной пупочной линии. Так же пациент предъявлял жалобы на ноктурию до четырех раз за ночь, вялую струю мочи.

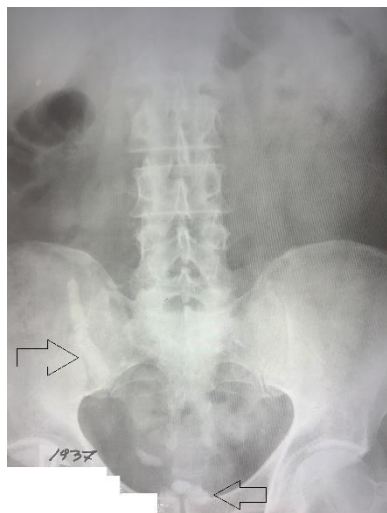
Из анамнеза заболевания: пациент страдает мочекаменной болезнью с 1985-го года - камень средней трети правого мочеточника, тогда же, оперирован в объеме: люмботомии справа, уретеролитотомии справа. В 1995г. больному диагностирован вторичный гидронефроз 3 степени справа и проводится операциям - релюмботомия справа, нефрэктомия справа, особенности при проведении операции: в области средней трети правого мочеточника отмечается выраженный рубцовый процесс, выделение мочеточника далее не представлялось возможным, мочеточник пересечен и перевязан на уровне средней трети. В 2015 г. - пациент начинает отмечать выделение гнойного содержимого из отверстия кожи в области после операционного рубца. В амбулатории по месту жительства, больному, выполнена попытка иссечения свища до уровня мышечного слоя, далее выделение не представлялось возможным по причине выраженного рубцового процесса. С того времени пациент периодически отмечает выделение гнойного содержимого из свища в поясничной области. В декабре 2018года, у больного отмечается ухудшение состояния - подъем температуры тела до 38°C, по этому поводу, по месту жительства, назначена антибактериальная терапия цефтриаксона в дозе 1.0 гр. 3 раза в день в\м 10 дней и местная терапия гипертоническим раствором после чего пациент отмечал улучшение состояния, но при этом выделения из свища стали регулярными. Проводились ежедневные перевязки, приметный объем отделяемого из свища в сутки 5-10 мл.

На момент осмотра: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, чистый. Гемодинамика стабильная на уровне 110/80 мм. рт. ст. ЧСС-74 в мин., ритмичный. ЧДД-16 в мин. Живот при осмотре не вздут, симметричен, в акте дыхания

участвует, определяются послеоперационные рубцы от двух люботомных разрезов справа и одного разреза, по поводу вскрытия и иссечения поясничного свища. Стул с периодическими суточными запорами, оформленный. Мочеиспускание вялой струей, ноктурия 3-4 раза, периодический отмечается чувство не полного опорожнения мочевого пузыря, с отхождением обильного количества взвеси и песка во время мочеиспускания, примерно один раз в месяц в течении последнего года.

Анализ при поступлении: общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, эритроциты -  $4,42 \times 10^{12}$ /л, НСТ 41,7%, тромбоциты -  $275 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, креатинин - 106

мкмоль/л, мочевины - 10,3 ммоль/л, глюкоза - 6,2 ммоль/л, общий билирубин - 16,3 мкмоль/л, АЛТ - 28 ед/л, АСТ - 30 ед/л. Коагулограмма: ПТИ-99%, фибриноген-А-4,8 г/л, МНО-1,02. Осмотр терапевта: Артериальная гипертензия 3 ст., ФР4, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения ФКЗ, ХСН-I, ПИКС (2012 г.). Эхо КГ: нарушение диастолической функции миокарда по 1 типу. Уплотнение стенок аорты. Кальциноз створок аортального и митрального клапана. УЗИ комплекс: признаки хронического холецистита, хронический пиелонефрит единственной левой почки. Трансректальное УЗИ простаты: признаки гиперплазии простаты с кальцинозом простаты, признаки хронического простатита, объем предстательной железы 60 куб.см.



Рисунки 1

Проекция предстательной железы



Рисунки 2

Обзорная урограмма: определяется продольное скопление теней подозрительных на конкременты, размерами до 1,0 см., в проекции культи правого мочеточника, от уровня мочевого пузыря до уровня средней трети. Так же в проекции предстательной железы определяется масса теней подозрительных на кальцинаты простаты, так же определяется слабо-визуализируемая тень аденомы простаты. (Рисунки 1,2). ПСА-1,12 нг\мл. Ретроградная уретроцистограмма: мочеиспускательный канал уретры свободен до простатического отдела уретры, в простатическом отделе уретра сужена, несколько вытянута, так же определяется усиление контрастирования тени, подозрительной на кальцинаты простаты, определяется сглаженность шейки мочевого пузыря, по типу склероза шейки мочевого пузыря. КТ мочевых путей: Камни культи правого мочеточника.

#### Результаты и обсуждение

На основании имеющихся данных выставлен диагноз: Мочекаменная болезнь. Камни культи правого мочеточника. Поясничный мочевой свищ справа. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 2 ст. Склероз простаты. Камни простаты. Склероз шейки мочевого пузыря. Хронический калькулезный пиелонефрит единственной оставшейся левой почки, в фазе латентного воспаления. Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 3 ст. Р 4. ИБС. СН. ФК 3. ПИКС (2014 г.) по ЭКГ. ХСН-I. После проведенной предоперационной подготовки больной взят на оперативное лечение, которая, по

плану состояла из двух этапов: эндоскопического и люботомного. Во время эндоскопического этапа оперативного лечения в простатическом отделе уретры определяется полости в простате, где определяются множество конкрементов до 1 см. диаметром. Далее проведена уретероскопия справа и контактно-лазерная уретеролитотрипсия гольмиевым лазером, до уровня на 4 см. выше устья, фрагменты удалены, далее мочеточник сужается, дальнейшее продвижение ригидного уретероскопа №9,5F, не представляется возможным. Эндоскопический этап был выполнен с целью удаления конкрементов из юкставезикального отдела культи правого мочеточника, с целью избежать необходимости иссечения устья мочеточника, во время проведения люботомного этапа операции. Далее разрезом по Овнатаняна-Карпенко, доступ до забрюшинного пространства, выделение культи правого мочеточника ниже подвздошных сосудов до мочевого пузыря, перевязка, пересечение мочеточника, обработка культи. Вовремя выделения культи мочеточника в проксимальном направлении мы столкнулись с выраженным рубцово-спаечным процессом при котором брюшина интимно спаяна с апоневрозом косых мышц живота, в данном конгломерате задействована стенка восходящего отдела толстого кишечника. Выделение забрюшинно культи мочеточника не представлялось возможным, поэтому дальнейшее выделение выполнялось со стороны брюшной полости с прежнего разреза. Восходящий отдел толстой кишки частично



мобилизован, до свищевого хода. Выделение свищевого хода затруднительно по той причине, что одной стенкой свища является стенка толстой кишки. Культи мочеоточника выделена и удалена вместе с конкрементами. Рана ушита с оставлением дренажа в области дистального отдела культи мочеоточника и брюшной полости.

В послеоперационном периоде состояние пациента улучшалось, послеоперационная рана заживает первичным натяжением. На пятые сутки удален уретральный катетер, после чего пациент стал отмечать нарушение мочеиспускания - учащенное болезненное мочеиспускание, ноктурию 6-8 раз. По результатам наблюдения, принято решение, о проведении оперативного лечения в объеме трансуретральной биполярной электрорезекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы, на 12-е сутки после ранее проведенной операции.

Больному выполнена биполярная трансуретральная резекция гиперплазированной простаты, во время которого определялись множественные полости с конкрементами от 1,5 см. до 2 мм., общим количеством до сорока конкрементов. Проведена субтотальная биполярная трансуретральная резекция гиперплазированной предстательной железы, с контактно-лазерной литотрипсией конкрементов простаты.

Послеоперационный период протекал без патологических особенностей. Уретральный катетер удален на 5-е сутки с после операции. На момент выписки мочеиспускание самостоятельное, свободное, удовлетворительной струей, ноктурия купирована. С целью объективной оценки мочеиспускания больному проведена урофлоуметрия: T100 - 25s; TQmax - 6,2s; Qmax - 19,5,0ml/s; Qave - 12,2ml/s; Vcomp - 213ml.

**Заключение.** Таким образом, на данном клиническом случае отчетливо прослеживается возможность применения в современной хирургической урологии как традиционных методов оперативного лечения, так и современных эндоскопических, которые дополняют друг друга, помогая в сложных клинических ситуациях.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сарсебеков Е.К., Мусаева М.С. и др. Организационные технологии и стандарты оказания урологической помощи на этапах медицинского обслуживания населения.- Алматы, 2000. – 12 с.).
- 2 Стецишин Р. В., Шукин Д. В., Мегера В. В., Середина Г. И. Камни простаты. Современные лечебно-диагностические подходы. В кн.: Здоровье мужчины. Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с

международным и межрегиональным участием. Под ред. А. С. Переверзева и В. В. Криштала, Харьков. — 2004 — С.269-274

3 Простатит. Под ред. П. А. Щеплева. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 224 с. — ISBN 987-5-98322-694-4

4 Судариков И. В. Камни предстательной железы //Здоровье мужчины. — 2002. — № 1. — С. 22-24.

#### REFERENCES

- 1 Sarsebekov E.K., Musaeva M.S. i dr. Organizacionnyye tehnologii i standarty okazaniya urologicheskoy pomoshhi na jetapah medicinskogo obsluzhivaniya naselenija.- Almaty, 2000. – 12 s.).
- 2 Stecishin R. V., Shhukin D. V., Megera V. V., Sereda G. I. Kamni prostaty. Sovremennye lechebno-diagnosticheskie podhody. V kn.: Zdorov'e muzhchiny. Materialy trudov XII nauchno-prakticheskoy konferencii urologov i

seksopatologov s mezhdunarodnym i mezhtregionarnym uchastiem. Pod red. A. S. Pereverzeva i V. V. Krishtalja, Har'kov. — 2004 — S.269-274

3 Prostatit. Pod red. P. A. Shhepleva. — 2-e izd. — M.: MEDpress-inform, 2011. — 224 s. — ISBN 987-5-98322-694-4

4 Sudarikov I. V. Kamni predstatel'noj zhelezy //Zdorov'e muzhchiny. — 2002. — № 1. — S. 22-24.

**М. Бердикеев, Б.К. Досхожаев**

*Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы, Қазақстан*

#### **БІРІКТІРІЛГЕН УРОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ, ПРАКТИКАДАН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ**

**Түйін:** Осы бапта бір мезгілде курдели урологиялық патологиясы, несептас және қуық безінің қатерсіз гиперплазиясы істі сипаттайды. Осы науқасты емдеу мүмкіндіктері қарастырылған.

**Түйінді сөздер:** уролития, простата түйіндері, зәр шығару фистуласы, простата гиперплазиясы.

**M. Berdikееv, B.K. Doskhodaev**

*Central city clinical hospital, Almaty, Kazakhstan*

#### **COMBINED UROLOGICAL PATHOLOGY, A CASE FROM PRACTICE**

**Resume:** The article describes a case of concomitant urological pathology complicated urolithiasis and benign prostatic hyperplasia. These features in the treatment of this patient.

**Keywords:** urolithiasis, prostate concretions, urinary fistula, benign prostatic hyperplasia.

**Контактные данные** Б.К. Досхожаев [bahalik\\_d@mail.ru](mailto:bahalik_d@mail.ru) 87013995671