

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОТХОЖДЕНИЯ КРУПНЫХ КАМНЕЙ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

О.М. Хребтова, к.м.н., доцент

Кафедра фундаментальной медицины медицинского факультета
Балтийский Федеральный Университет им. И. Канта, г. Калининград, Россия

Мочекаменная болезнь встречается у 1–3% населения. Мелкие камни из мочевого пузыря могут отходить самостоятельно. В статье приводится редкий случай отхождения крупных камней из мочевого пузыря.

Ключевые слова: уrolитиаз, мочевого пузыря, редкий случай.

Urolithiasis occurs in 1–3% of population. Small bladder stones can be discharged by themselves. A rare case of large bladder stones discharge is described in the article.

Key words: urolithiasis, urinary bladder, rare case.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и/или экзогенными факторами. По статистике уrolитиаз встречается у 1–3% населения. Ежегодная заболеваемость на 10 000 населения составила в Московской области – 1,7; Новосибирской – 1,3; ФРГ – 0,54; в Литве в сельской местности – 10, городской – 23 на 10 000 населения. В России МКБ составила 535,8 на 100 000, в Алтайском крае 1261,9 (за 2009 год), в Калининградской области до 40 на 10 000 [1, 2, 4].

Камни в мочевом пузыре чаще имеют вторичное происхождение. Мигрируя из почек, они остаются в мочевом пузыре чаще у мужчин, т. к. анатомически ширина просвета уретры у мужчин до 5–7 мм, у женщин 8–12 мм [3]. У женщин камни мочевого пузыря образуются при опущении мочевого пузыря совместно со стенкой влагалища – цистостеле, вследствие лучевых циститов, инородных тел [6]. Описано количество камней в мочевых путях от 1 до сотен и даже тысяч, а размеры и масса камней от просяного зерна в диаметре до 10–12 см, масса до 2–2,5 кг [9].

Основной симптом камней в мочевом пузыре – макрогематурия после тряской езды. Пальпаторно при бимануальном исследовании определяются только очень крупные камни в мочевом пузыре [9].

Диагностика нефролитиаза основывается на клинических признаках и данных дополнительного исследования. Важное место занимает ультразвуковой метод исследования, компьютерная томография, цистоскопия [7, 8].

В консервативной терапии камней в мочевом пузыре и почках выделяют основные принципы лечения: выявление и коррекция метаболических нарушений; противовоспалительная терапия; воздействие на органную гемодинамику [6, 7].

В комплекс лечебных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений обмена камнеобразующих веществ в организме, входят: диетотерапия, поддержание адекватного водного баланса, терапия травами, медикаментозными средствами, физиотерапевтическими и бальнеологическими процедурами, лечебной физкультурой. При наличии камней, имеющих тенденцию к самостоятельному отхождению, применяют препараты группы терпенов (цистенал, ависан и другие) [7], канефрон [1], цистон [2, 6, 10]. Цистон способствует выведению оксалатных и фосфатных солей, мочевой кислоты и мелких камней из мочевыводящих путей, ингибирует процесс агрегации кристаллов, предотвращает их дальнейший рост, оказывает диуретическое, спазмолитическое, противомикробное и противовоспалительное действие.

Миотропные спазмолитики (дротаверин) применяют при коликах, для релаксации мускулатуры, уменьшения отека и воспаления. Из антимикробных препаратов при инфекциях в мочевыводящей системе рекомендуют антибиотики, фторхинолоны: офлоксацин, пефлоксацин, ломефлоксацин [5, 7].

Приводим собственное наблюдение самостоятельно-го отхождения у группы больных камней из мочевого пузыря.

Больная Б., 71 год. Диагноз: хронический цистит, камни мочевого пузыря.

Обратилась на прием к терапевту с жалобами: тяжесть внизу живота, затруднение мочеиспускания, прерывистое мочеиспускание и в то же время недержание мочи, иногда мочеиспускание проводила лежа; боли в промежности, опущение матки и стенок влагалища. Наблюдается у гинеколога по поводу опущения матки, к оперативному лечению не толерантна. 2 недели носит влагалищный пессарий, после введения которого ощущает выраженный дискомфорт, усиление дизурических явлений.

Анамнез

Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4, ХСН 1–2 ст.; дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. Впервые острый цистит в 2000 году, затем 1 раз в год обострение хронического цистита. УЗИ почек и мочевого пузыря не проводилось. Постоянно принимает от повышенного артериального давления: энап-Н по 1 таб. 2 раза в день, курсами 2–3 раза в год сосудистые и ноотропные препараты, при обострении цистита фурадонин 1 таб. 3 раза в день.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые. Температура тела – 36,7°; ЧСС – 67 в 1 мин., АД – 140/89 мм рт.ст. ЧДД – 18 в 1 мин. При аускультации сердца на аорте справа во 2-м межреберье систолический шум, 1 тон приглушен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена, симптом Пастернацкого отрицательный с 2-х сторон. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в лобковой области. Умеренная пастозность в области лодыжек.

Данные лабораторных исследований: в анализе мочи – лейкоцитов до 15 в п/зр; соли +++, слизь, Эр – до 3 в п/зр. Биохимический анализ крови: сахар – 5,6 ммоль/л, холестерин – 7,8 ммоль/л, креатинин – 88,9 ммоль/л.

Осмотр гинеколога: опущение стенок влагалища 3 ст. Бимануально дополнительных образований в малом тазу не обнаружено.

Рентгеновское исследование не проводилось из-за технических ограничений.

На УЗИ почек: граница почек волнистая, размеры почек в норме, толщина коркового слоя до 17 мм, корко-

вое и мозговое вещество дифференцируется нечетко. Матка и мочевой пузырь находятся примерно на одном уровне, вероятно, из-за пессария во влагалище. Мочевой пузырь заполнен недостаточно: смещен влево от средней линии, объем мочи до 50 мл, толщина стенок до 7 мм. В полости мочевого пузыря, в области дна и шейки лоцируется горизонтальное, с неровной границей, гиперэхогенное содержимое с выраженной эхотенью и дисперсным компонентом, поверхностный слой которого при поворотах пациентки перемещается. Из-за малого наполнения мочевого пузыря проследить перемещение гиперэхогенного компонента невозможно.

Лечение

Назначено лечение: нолицин 400 мг 2 раза в день на 10 дней, но-шпа 1–2 таб. 3 раза в день; цистон 2 таб. 2 раза в день на 1 месяц. Через 10 дней рекомендовано прийти на осмотр с анализом мочи по Нечипоренко. Пациентка пришла через 10 дней и принесла 10 камней, которые отошли из мочевого пузыря (рис. 1). Отметила, что боли в лонной области и тяжесть практически купировались, мочится свободно, дизурических явлений нет. При осмотре камни размерами от 7 до 25 мм 10 штук, имеют гладкую поверхность, на разломе структура камней слоистая, плотность высокая (по типу оксалатных).

При повторном УЗИ мочевого пузыря: объем мочи до 200 мл, толщина стенки 6 мм, незначительное количество гиперэхогенной взвеси в полости мочевого пузыря,



Рисунок 1 – Камни, отошедшие самостоятельно из мочевого пузыря



Рисунок 2 – Эхограмма: камни в мочевом пузыре (Источник [8], С. 449)

конкременты не лоцируются. Мочевой пузырь имеет форму песочных часов, где пессарий делит его на 2 неравные части. Вероятно, из-за разделения пессарием мочевого пузыря на две неравные части, визуализация той части, в которой находились конкременты, была недостаточной.

Обсуждение

Обычно такие крупные конкременты, 20–25 мм (рис. 1), в силу анатомического строения уретры не могут выходить из мочевого пузыря самостоятельно. У пациентки длительно существовали камни в мочевом пузыре, а также опущение стенок влагалища 3 ст. Вероятно, выходной отдел уретры в течение длительного времени растягивался, поэтому с трудом, но конкременты, имеющие гладкую поверхность, смогли выйти через уретру самостоятельно. При ультразвуковом исследовании камни плотно прилегали друг к другу, давали выраженную эхотень, а слизь и мелкая взвесь симулировали «песок». Акустическое окно было небольшим из-за небольшого объема мочевого пузыря, подвижности конкрементов не было. На рисунке 2 приведен пример из руководства, когда одиночные камни в мочевом пузыре имеют типичную эхографическую картину, в отличие от описанного случая.

Литература

1. Аляев, Ю.Г. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения: руководство / Ю.Г. Аляев [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
2. Аляев, Ю.Г. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью/ Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, Е.В. Философова // РМЖ. – 2004; 12 (8): 534–41. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_364.htm (дата обращения 11.05.2011).
3. Анатомия человека. В 2-х томах. Т.2 /Авт.: Э.И. Борзяк, В.Я. Бочаров, Л.И. Волкова и др. /Под ред. М. Р. Сапина. – М.: Медицина, 1986. – 480 с. С.129.
4. Аполихин О.И. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Д.А. Бешлиев, и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2011. – №1. С.4-10. [Электронный ресурс]. URL: http://ecuro.ru/sites/default/files/1_1.pdf (дата обращения 10.08.2011).
5. Вдовиченко В. П. Фармакология и фармакотерапия: справочник /В.П. Вдовиченко. – Минск: Зималетто, 2011. – 816 с. С. 584-586.
6. Демин Н.В. Мочекаменная болезнь: основные принципы лечения / Н.В. Демин // РМЖ. – 2008. – № 5. – С. 353. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_5843.htm (дата обращения 11.05.2011).
7. Лопаткин Н.А. Мочекаменная болезнь / Н.А. Лопаткин, Э.К. Яненко // РМЖ, урология. – 2000. – № 3. 117. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_1540.htm (дата обращения 05.05.2011).
8. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / Под ред. Митькова В.В. – М.: Издательский дом Видар - М, 2003. – 720 с. С.443-458.
9. Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь / О.Л. Тиктинский, В.П. Александров. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 384 с.
10. Хворов В.В. Некоторые вопросы консервативного лечения уrolитиаза (обзор зарубежной литературы) / В.В. Хворов // РМЖ. – 2007. – № 29. 2260. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_5752.htm (дата обращения 05.06.2011).

Поступила 03.09.2011