

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МСКТ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Беженар В.А., Руденко В.И., Газимиев М.А., Аскарлов М.А., Ужесгов Т.А.

Кафедра урологии Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова

Мочекаменная болезнь (МКБ) является распространенным урологическим заболеванием и занимает одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний по частоте распространения и обращению за медицинской помощью. Расширение клинических показаний к дистанционной литотрипсии, совершенствование методик уретероскопии и контактной уретеролитотрипсии изменили подход к лечению больных МКБ. Однако, до настоящего времени, при определении лечебной тактики у больных с камнями мочеочечника, наибольшие сложности возникают не с выбором метода лечения, а с предполагаемой первичной клинической эффективностью предполагаемого лечения (ДЛТ, КУЛТ).

Клиническое наблюдение:

Больной С, 43 лет, № ист. болезни 21648, госпитализирован в урологическую клинику ММА им. И.М. Сеченова с диагнозом: МКБ. Камень нижней трети левого мочеочечника. Состояние после ДЛТ.

Клинические проявления заболевания: периодически возникающая тупая, тянущая боль в поясничной области слева.

Из анамнеза: считает себя больным с 2003г, когда впервые возникла почечная колика слева, на фоне приема спазмоанальгетиков отошел конкремент размером 0,5 x 0,5 см. В 2005г. по поводу повторно возникшей тупой тянущей боли в поясничной области слева, обратился в одну из московских больниц, где при обследовании диагностирован камень верхней трети левого мочеочечника размером до 1,5 см. Проводилась спазмолитическая терапия, выполнено 3 сеанса дистанционной уретеролитотрипсии слева, фрагменты конкремента не отходили, выписан на амбулаторное лечение. В последующем в период с сентября 2005г. по апрель 2007г. выполнено 17 сеансов дистанционной уретеролитотрипсии н/3 левого мочеочечника, после которых отмечалось отхождение незначительного количества мелких фрагментов конкремента, однако боль в поясничной области слева продолжала периодически беспокоить. Госпитализирован в клинику урологии ММА им. И.М. Сеченова для обследования и определения тактики лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, не учащено, не затруднено.

Per gestum: сфинктер тоничен, ампула пустая. Простата однородной, плотно-эластической консистенции, не увеличена, срединная бороздка несколько сглажена, слизистая над железой смещается, парапростатическая клетчатка не изменена.

Данные лабораторных исследований: Нб 158,9 г%, эритроциты 5,291 млн/мкл, лейкоциты - 7,89 тыс/мкл, креатинин 1,1 мг%, азот мочевины 15 мг%, мочевиная кислота 6,3мг%. В анализах мочи: уд. вес 1012 г/л, лейкоц. - 0-1 в п/зр., эритроц. - 0-1 в п/зр, белок -нет, оксалаты - немного, слизь - немного. В 3-х стаканной пробе - белок - нет, 1 порция - лейкоц. 1750, эритроц. 1500; 2 порция - лейкоц. 1500, эритроц. 4500; 3 порция - лейкоц. 5750, эритроц. 14000. При ультразвуковом исследовании: правая почка 10,5 x 5,5 см. с четким, ровным контуром. Паренхима однородная, толщиной до 1,8 см. Чашечно-лоханочная система не расширена. Гиперэхогенных образований нет. Подвижность почки 2,0 см. Левая почка 11,5 x 5,5 см с четкими, ровными контурами. Паренхима однородная, толщиной до 1,7 см. Чашечно-лоханочная система расширена до 2,0 см. Подвижность почки 2,0 см. Гиперэхогенных образований нет. Мочевой пузырь с четким ровным контуром, однородным анэхогенным содержимым. В проекции устья левого мочеочечника определяется гиперэхогенное образование размером до 1,3 см., с четкой акустической дорожкой. Простата с четким ровным контуром, структура железы преимущественно однородна, размером 3,2 x 2,8 x 2,6 см, объем 27 см³.

Результаты рентгенологического обследования: В проекции малого таза слева визуализируется тень, подозрительная на конкремент, размером до 1,4 см, накладывающаяся на тень крестца. На серии экскреторных урограмм выделение контрастного вещества обеими почками своевременное, дилатация чашечно-лоханочной системы слева до 2,4 см. Левый мочеочечник толщиной до 0,6 см, в проекции нижней трети определяется усиление контрастирования на уровне тени, описанной на обзорном снимке (симптом Лихтенберга).

При МСКТ органов брюшной полости: в н/3 левого мочеочечника визуализируется конкремент размером 0,9x1,0 мм, плотностью 1300 НУ. В нижней трети левого мочеочечника на протяжении 1,3 см определяется утолщение стенок до 2,0 мм, диаметр просвета не превышает 1,0 мм, на границе средней и дистальной третей просвет мочеочечника расширен до 1,0 см на протяжении до 2,5 см.

Учитывая размеры камня (до 1,5см), его структурную плотность 1300 НУ, длительное «расположение» и многократные сеансы дистанционной уретеролитотрипсии без эффекта, с целью избавления от камня, вызывающего боль, нарушающего отток мочи из левой почки, пациенту выполнена уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия слева, установка катетера-стента слева. При уретероскопии на 5,0 см от устья левого мочеочечника выявлен камень желтого цвета, в зоне локализации камня и дистальнее отмечается выраженные инфильтративные изменения с «включенными» мелкими фрагментами в слизистой. Камень дезинтегрирован, фрагменты удалены щипцами. Установлен катетер-стент. Течение послеоперационного периода без

особенностей. В удовлетворительном состоянии больной выписан на 5 сутки. Катетер-стент удален амбулаторно на 14 сутки.

		
<p>Рисунок 1. Обзорный снимок органов мочевой системы. Тень подозрительная на камень (указана стрелкой), в проекции н/3 левого мочеточника.</p>	<p>Рисунок 2. Экскреторная урограмма. Симптом Лихтенберга слева.</p>	<p>Рисунок 3. МСКТ. Конкремент в проекции н/3 левого мочеточника.</p>

		
<p>Рисунок 4. МСКТ. Виртуальная уретероскопия. В просвете мочеточника визуализируется камень (указан стрелкой).</p>	<p>Рисунок 5. Эндоскопическая картина. Тот же больной. Камень в просвете мочеточника (указан стрелкой).</p>	<p>Рисунок 6. Обзорный снимок органов мочевой системы. Верхние мочевые пути слева дренированы катетером- стентом. Теней, подозрительных на камень, нет.</p>

Таким образом, современные методы компьютерной визуализации (МСКТ, виртуальная уретероскопия и т.д.) позволяют детализировать показания и оценить эффективность лечения ввиду возможности оценки анатомо-функционального состояния мочеточника, размера конкремента, его структурной плотности и рентгено-структурности, что определяет показания и эффективность лечения.