

УДК 616.617-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕГО КОРАЛЛОВИДНОГО УРОЛИТИАЗА НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А. А. Шевырин¹*, кандидат медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Описан клинический пример длительного наблюдения (с 2005 по 2019 гг.) пациентки с двусторонним рецидивирующим коралловидным уролитиазом на фоне гиперкальциемии и первичного гиперпаратиреоза. Было проведено оперативное лечение мочекаменной болезни (МКБ) (задняя пиелолитотомия и нефростомия слева), неоднократные курсы дистанционной литотрипсии (ДЛТ), эндокринологами НИИ детской эндокринологии РАМН удалена аденома паращитовидной железы. Несмотря на отсутствие данных за рецидив гиперпаратиреоза, у больной наблюдался дальнейший рост крупных конкрементов, что потребовало индивидуального подхода к выбору тактики лечения с учетом химического состава, размеров и локализации камней, а также наличия сопутствующих заболеваний и врожденной патологии.

Ключевые слова: двухсторонний коралловидный уролитиаз, первичный гиперпаратиреоз, детский возраст.

* Ответственный за переписку (corresponding author): moon-insomnia@mail.ru

Мочекаменная болезнь (МКБ) является полиэтиологическим многофакторным заболеванием с серьезными, зачастую жизнеугрожающими, осложнениями. Особое место в структуре МКБ занимает уролитиаз детского возраста. Приводим клинический пример длительного наблюдения и лечения пациентки с данной патологией.

Анамнез заболевания: в 2005 г. на прием к хирургу городской поликлиники обратилась девочка 10 лет (1995 г. р.) с жалобами на регулярные рецидивирующие сильные боли в животе и поясничных областях с обеих сторон неясного генеза.

Анамнез жизни: девочка от четвертой беременности, вторых срочных самостоятельных родов на 40-й неделе. Физическое и психомоторное развитие соответствует возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, коревая краснуха. Аллергоанамнез: имеются аллергические реакции по типу крапивницы на гентамицин.

Наследственный анамнез: мать 39 лет, здорова, отец 42 лет, здоров. Старшая сестра 17 лет не обследована, жалоб на МКБ не имеет. Бабушка по линии отца умерла от рака поджелудочной железы, у ее сестры – МКБ (83 года, жива). Наследственность по линии матери не отягощена.

При обследовании по месту жительства получены следующие данные. Результаты ультразвукового исследования (УЗИ): почки расположены обычно. Правая почка имеет размеры 110 × 40 мм, паренхима – 12 мм. Левая – 117 × 47 мм, паренхима – 13 мм. Контуры ровные. Справа в лоханке имеются два конкремента размерами 15 × 8 и 13 × 8 мм, в верхней чашечке – один камень размерами 13 × 7 мм, в средней

и нижней чашечках – множественные конкременты до 6 мм. В лоханке левой почки визуализируется конкремент размерами 44 × 21 мм, верхней чашечке – 39 × 27 мм, средней чашечке – 16 × 10 мм.

При рентгеновском обследовании выявлено: на обзорной урограмме справа в проекции лоханки и верхней чашечки визуализируются три конкремента размерами до 1 см, в лоханке – два мелких конкремента. Слева в проекции чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) виден коралловидный конкремент 4 × 2 см с неровными контурами. При экскреторной урографии справа обнаружено расширение ЧЛС, задержки эвакуации контраста нет. Слева ЧЛС расширена, эвакуация контрастного вещества замедлена (рис. 1).

Общий и биохимический анализы крови – без патологии. Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 15–25 в поле зрения. Биохимический анализ мочи: оксалаты – 262 ммоль/сут.

После обследования по месту жительства пациентка направлена в районную детскую клиническую больницу, где в декабре 2005 г. ей проведено оперативное лечение – задняя пиелолитотомия и нефростомия слева. Послеоперационный период протекал без особенностей. В удовлетворительном состоянии девочка выписана на амбулаторное долечивание с дальнейшим поступлением на этапное лечение. Спустя три месяца больная поступила в НИИ урологии Минздрава России для дальнейшего лечения.

Данные обследования в НИИ урологии Минздрава России в марте 2006 г.: УЗИ показало, что почки расположены в типичном месте. Правая почка имеет размеры 10,5 × 3,8 см, паренхима – 1,4 см. ЧЛС

не расширена. В проекции нижней группы чашечек и лоханки определяется крупный коралловидный конкремент общей тенью до 3,5 см. В проекции верхней группы чашечек визуализируется конкремент до 1,3 см. Левая почка имеет размеры 10,2 × 3,6 см, паренхима – 1,4 см. Состояние ЧЛС: чашечки максимально расширены до 0,6 см, лоханка – до 0,7 см. В проекции средней группы чашечек имеется конкремент до 0,7 см, нижней группы чашечек – до 0,4 см. В средней группе чашечек обнаружен конкремент до 0,5 см, в верхней группе – до 0,5 см.



Рис. 1. Обзорная урография. Коралловидный конкремент левой почки, множественные камни правой почки

Результаты обзорной урографии: в проекции ЧЛС левой почки обнаружены мелкие резидуальные конкременты, в проекции ЧЛС правой почки – крупные конкременты до 3–3,5 см в диаметре. На серии экскреторных урограмм фильтрационная способность обеих почек своевременная, отмечается небольшая дилатация лоханки правой почки, мочеточники не расширены. Пассаж контрастного вещества не нарушен с обеих сторон. При динамической нефросцинтиграфии секреторная функция правой почки – на нижней границе нормы, секреторная функция левой почки снижена, дефицит секреции составил 39 %.

На протяжении последующих шести месяцев пациентке выполнены четыре сеанса ДЛТ камней правой почки с положительным эффектом. После манипу-

ляции отмечалось отхождение песка и фрагментов камней с мочой, на контрольной урограмме справа – камни дезинтегрированы.

Пациентка выписана на амбулаторное лечение по месту жительства для продолжения консервативной терапии с последующей консультацией в НИИ урологии Минздрава России для решения вопроса о метафилактике уролитиаза.

Больная находилась на амбулаторном лечении в течение последующих шести месяцев. В это время у нее произошел рецидив камнеобразования. При обследовании выявлена гиперкальциемия (уровень общего кальция составил 3 ммоль/л). Девочка направлена на консультацию эндокринолога в НИИ детской эндокринологии РАМН, где была обнаружена аденома правой нижней паращитовидной железы размерами 9 × 7 × 6 мм, выявлен первичный гиперпаратиреоз. Проведено оперативное лечение: удаление аденомы паращитовидной железы. Послеоперационный период протекал без особенностей. При повторном исследовании установлено, что уровень кальция в крови пришел в норму.

В течение последующих трех лет (2007–2009 гг.) пациентка находилась под наблюдением эндокринолога в Институте детской эндокринологии ЭНЦ РАМН: данных за рецидив гиперпаратиреоза не получено. При УЗИ щитовидной и паращитовидных желез объемных образований не выявлено.

В последующие годы (2009–2013 гг.), несмотря на поддерживающую противорецидивную и метафилактическую терапию, урологом отмечен рост конкрементов почек (5–7 мм).

В связи со сменой места жительства в течение 2013–2018 г. обследования и лечения у уролога пациентка не проходила, периодически отмечала слабую тупую боль и дискомфорт в поясничной области слева и в подвздошных областях с обеих сторон.

В 2019 г. в возрасте 23 лет пациентка обратилась к урологу. При обследовании были получены следующие результаты. Данные УЗИ: правая почка расположена ниже обычного, смещена вертикально на 2 см выше крыла подвздошной кости, подвижность избыточна, лоханка размерами 21 × 28 мм расширена и уплотнена. Левая почка бугристая, с стяжением в центральном сегменте, экзогенность средняя, диффузно неоднородная, лоханка расширена до 26 × 32 мм, отдельные чашечки – до 9 мм. В нижней чашечке левой почки обнаружен конкремент 7,8 мм в диаметре с четкой акустической тенью. С обеих сторон в проекции ЧЛС визуализируются мелкие гиперэхогенные структуры до 2–3 мм без акустической тени (рис. 2). При динамической нефросцинтиграфии выявлено снижение гломерулярной, умеренное нарушение накопительной и выраженное наруше-

ние выделительной функций левой почки. Накопительная функция правой почки имеет расстройство средней, выделительная функция – легкой степени. Выделение радиофармакологического препарата неравномерное.



Рис. 2. Экскреторная урография. Расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек. Нефроптоз справа. Камень нижней чашечки левой почки

По результатам обследования в Ивановской областной клинической больнице пациентке назначена консервативная медикаментозная терапия с целью получения комплексного литолитического и литокINETического эффекта перед планируемой ДЛТ камней левой почки. За месяц консервативного лечения по результатам контрольного УЗИ было отмечено, что конкремент нижней чашечки левой почки стал рыхлым, неомогенным, складывалось впечатление о его частичной фрагментации, помимо этого наблюдались мелкие конкременты до 4 мм в диаметре в верхней и средней чашечках.

С учетом размеров наиболее крупного камня (8,5 мм) было решено выполнить его ДЛТ. В марте 2019 г. в урологическом отделении Ивановской

областной клинической больницы выполнено два сеанса ДЛТ камней левой почки с положительным эффектом и достаточным отхождением песка. При химическом исследовании отошедших фрагментов конкремента был выявлен их смешанный оксалатно-фосфатный состав, с учетом которого пациентке назначена метафилактическая литокINETическая терапия. Спустя месяц продолжающейся терапии отмечено уменьшение конкремента нижней чашечки левой почки до 2–3 мм без четкой акустической тени (рис. 3). В настоящее время применяется выбранная консервативная тактика противорецидивной терапии МКБ с контролем и динамическим наблюдением.

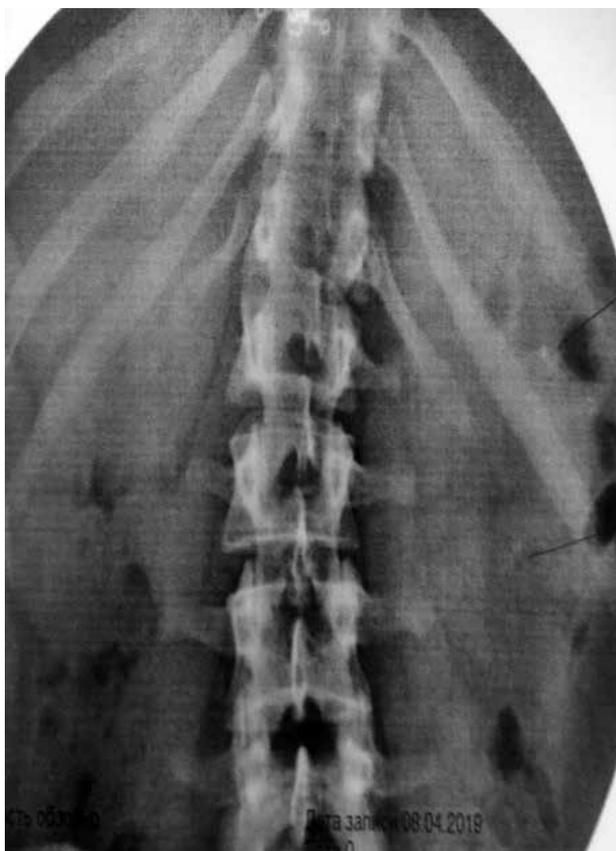


Рис. 3. Обзорная урография. Микролиты чашечек левой почки

Таким образом, выбор тактики лечения пациентов с МКБ должен быть сугубо индивидуальным и учитывать не только стандартные показатели качественного и количественного химического состава конкрементов, их плотность, физико-химические свойства, размеры и локализацию, но и наличие сопутствующих заболеваний, системных обменных нарушений и врожденной патологии, что приобретает наибольшую актуальность для уролитиаза в детском возрасте.

LONG-TERM RESULTS OF THE TREATMENT FOR BILATERAL DENDRITIC UROLITHIASIS ON THE BACKGROUND OF PRIMARY HYPERPARATHYROSIS IN CHILDHOOD**A. A. Shevyrin**

ABSTRACT. A clinical case of long-term observation (from 2005 to 2019) in a patient with bilateral recurrent dendritic urolithiasis on the background of hypercalcemia and primary hyperparathyrosis was described. Operative treatment of urolithiasis (posterior pyelolithotomy and left nephrostomy and several courses of distance lithotripsy were performed, adenoma of parathyroid gland was removed by the specialists of the Research Institute of Pediatric Endocrinology of the Russian Academy of Medical Sciences. In spite of the absence of the information upon hyperparathyrosis relapse there was observed further growth of large concrements in the patient and it required the individual approach to the selection of the treatment tactics with due regard to calculus chemical composition, sizes and localization, so as to the presence of concomitant diseases and congenital abnormalities.

Key words: bilateral dendritic urolithiasis, primary hyperparathyrosis, childhood.