

DOI: 10.51793/OS.2022.25.1.007

Клинический случай / Clinical case

Неклассический случай проявления мочекаменной болезни

М. В. Тимин, ORCID: 0000-0001-5311-2047, mikhail.timin.1971@mail.ru

О. В. Симонова, ORCID: 0000-0002-6021-0486, simonova043@mail.ru

Е. Н. Сухих, ORCID: 0000-0002-0194-3698, kat.suhih2015@yandex.ru

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России; 610098, Россия, Киров, ул. К. Маркса, 112

Резюме. В общей структуре патологии почек мочекаменная болезнь занимает второе место по встречаемости после воспалительных заболеваний. Мочекаменная болезнь в клинике обычно проявляется симптомами, обусловленными нарушением пассажа мочи по мочевыводящим путям. Классическим проявлением мочекаменной болезни является почечная колика — внезапно возникший приступ сильных болей в поясничной области, обусловленный нарушением оттока мочи от почки. Достаточно редко мочекаменная болезнь проявляется расстройствами мочеиспускания, вплоть до острой задержки мочи, которые обусловлены миграцией конкремента в мочеиспускательный канал. В данной статье приведен клинический пример неклассического проявления мочекаменной болезни пациента, поступившего первично с жалобами на учащенное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, эпизодами гематурии, что после дообследования привело к постановке неточного диагноза и выписке больного на амбулаторное лечение. Через 4 дня у пациента развилась клиника острой задержки мочи, сопровождающаяся болевым синдромом и лихорадкой. Выставлен диагноз: острый обструктивный пиелонефрит, мочекаменная болезнь, камень мембранозного отдела уретры, острая задержка мочи. На фоне цистостомического дренажа проводилось стандартное лечение пиелонефрита, в последующем выполнена оптическая контактная литотрипсия камня уретры. Таким образом, важно тщательно проводить дифференциальный диагноз у больных с симптомами нижних мочевых путей, помнить об их неспецифическом характере и о редких случаях, которые в том числе могут быть обусловлены миграцией конкремента в мочеиспускательный канал. Длительное нарушение оттока мочи по мочевыводящим путям может служить причиной развития воспалительного процесса в почках, необратимой потери их функциональной способности и даже гибели пациента. По этой причине важно тщательно проводить дифференциальный диагноз у больных с симптомами нижних мочевых путей, помнить об их неспецифическом характере и редких случаях, которые в том числе могут быть обусловлены миграцией конкремента в мочеиспускательный канал.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, нарушение оттока мочи, миграция конкремента, пиелонефрит, цистостомия, литотрипсия.

Для цитирования: Тимин М. В., Симонова О. В., Сухих Е. Н. Неклассический случай проявления мочекаменной болезни // Лечащий Врач. 2022; 1 (25): 39–41. DOI: 10.51793/OS.2022.25.1.007

Nonclassical case of manifestation of urolithiasis

Mikhail V. Timin, ORCID: 0000-0001-5311-2047, mikhail.timin.1971@mail.ru

Olga V. Simonova, ORCID: 0000-0002-6021-0486, simonova043@mail.ru

Ekaterina N. Sukhikh, ORCID: 0000-0002-0194-3698, kat.suhih2015@yandex.ru

Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 K. Marx Str., Kirov, 610027, Russia

Abstract. In the general structure of kidney pathology, urolithiasis is the second most common after inflammatory diseases. Urolithiasis in the clinic is usually manifested by symptoms caused by a violation of the passage of urine through the urinary tract. The classic manifestation of urolithiasis is renal colic — a sudden attack of severe pain in the lumbar region, caused by impaired outflow of urine from the kidney. Rarely enough, urolithiasis manifests itself as urinary disorders, up to acute urinary retention, which are caused by the migration of calculus into the urethra. This article provides a clinical example of a nonclassical manifestation of urolithiasis in a patient who was admitted primarily with complaints of frequent urination, a feeling of incomplete emptying of the bladder, episodes of hematuria, which, after further examination, led to an inaccurate diagnosis and discharge of the patient for outpatient treatment. After 4 days, the patient developed a clinical picture of acute urinary retention, accompanied by pain and fever. Diagnosed with acute obstructive pyelonephritis, urolithiasis, stone of the membranous urethra, acute urinary retention. On the background of cystostomy drainage, the standard treatment of pyelonephritis was carried out, followed by optical contact lithotripsy of the urethral stone. Thus, it is important to carefully carry out a differential diagnosis in patients with symptoms of the lower urinary tract, to remember their nonspecific nature and about rare cases, which, among other things, may be caused by the migration of calculus into the urethra. Prolonged disturbance of the outflow of urine

through the urinary tract can cause the development of an inflammatory process in the kidneys, irreversible loss of their functional ability and even death of the patient. For this reason, it is important to carefully carry out a differential diagnosis in patients with symptoms of the lower urinary tract, to remember their nonspecific nature and rare cases, which, among other things, may be caused by the migration of calculus into the urethra.

Keywords: urolithiasis disease, violation outflow of urine, calculus migration, pyelonephritis, cystostomy, lithotripsy.

For citation: Timin M. V., Simonova O. V., Sukhikh E. N. Nonclassical case of manifestation of urolithiasis // *Lechaschi Vrach. 2022; 1 (25): 39-41. DOI: 10.51793/OS.2022.25.1.007*

В структуре общей заболеваемости различные виды патологии почек и мочевыводящих путей составляют 14,8%, причем ведущей патологией служат воспалительные заболевания [1]. Второе место по распространенности занимает мочекаменная болезнь (МКБ) [2]. Это полиэтиологическое заболевание характеризуется образованием камня или камней в почках или мочевыводящих путях. МКБ встречается не менее чем у 3% населения земного шара, составляя в эндемичных зонах до 20-25% [3]. В настоящее время МКБ — одно из наиболее активно прогрессирующих заболеваний. Заболеваемость МКБ в России за последние 10 лет возросла на 29,9% [4].

МКБ обычно проявляется симптомами, обусловленными нарушением пассажа мочи по мочевыводящим путям [5]. Классическим проявлением МКБ считается почечная колика — внезапно возникший приступ сильных болей в поясничной области, обусловленный нарушением оттока мочи от почки [6]. Достаточно редко МКБ проявляется расстройствами мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи, которые обусловлены миграцией конкремента в мочеиспускательный канал.

Клинический случай

Пациент Л., 45 лет, 11 января 2021 г. обратился за помощью к урологу поликлиники с жалобами на учащенное, urgentное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, эпизоды гематурии. Больным себя считает в течение 5-6 дней. Вышеописанные жалобы появились без видимой причины, пациент отметил постепенное нарастание симптомов по частоте и выраженности. До момента обращения самостоятельно принимал нестероидные противовоспалительные препараты, отмечая кратковременный положительный эффект.

Из особенностей анамнеза жизни: сахарный диабет (СД) 2 типа, легкое течение, компенсация. В 2013 г. выполнена трепанация черепа по поводу травматического повреждения, в настоящее время отмечаются редкие эпилептические приступы.

При объективном осмотре состояние удовлетворительное. Положение активное. Температура 36,7 °С. Ожирение 2-й ст. (вес — 115, рост — 170 см, ИМТ — 39,8). Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, артериальное давление — 140/90, пульс — 64 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненная. Мочевой пузырь перкуторно

выступает на 1 см от лонного сочленения. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, не изменены.

Per rectum: простата умеренно увеличена, тестоватой консистенции, междолевая борозда сглажена, пальпация умеренно болезненная.

Трансабдоминальное УЗИ почек, мочевого пузыря простаты от 11 января 2021 г.: гиперэхогенное образование 0,6 см нижней чашечки левой почки, пиелоэктазия слева (лоханка — 20 × 30 мм). Простата — объем 49 см³, объем остаточной мочи (ООМ) — 100 мл, диффузные изменения предстательной железы.

На основании жалоб, данных анамнезов, объективного осмотра и имеющихся изменений УЗ-картины органов мочеполовой системы пациенту установлен диагноз: хронический простатит, обострение, МКБ, камень нижней чашечки левой почки, пиелоэктазия слева. Рекомендована амбулаторная терапия по поводу основного диагноза: фторхинолон 3-го поколения, α -адреноблокатор *per os*, ферментный препарат *per rectum*.

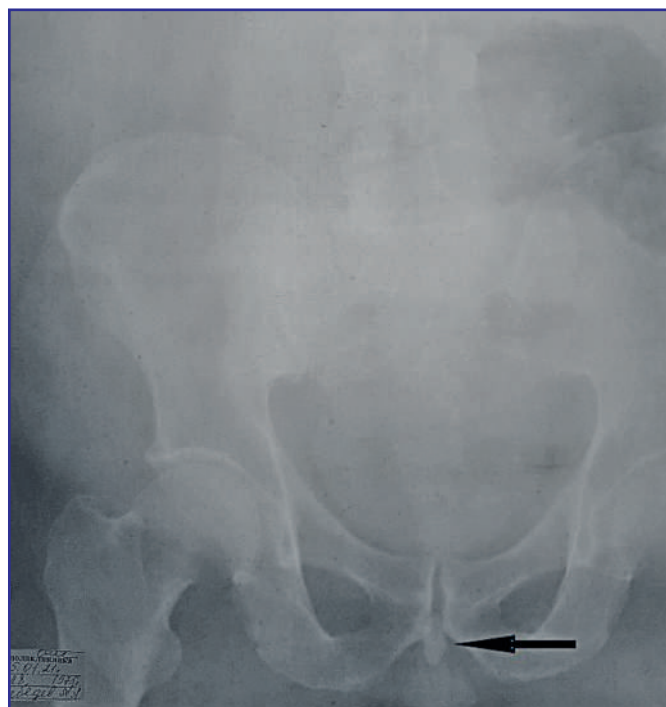


Рис. Обзорная рентгенография мочевого пузыря и почек пациента Л. [данные получены авторами] / Overview radiography of the urinary tract of patient L. [data obtained by the authors]

С 11 по 15 января 2021 г. пациент, получая рекомендованную терапию, отмечает появление лихорадки до 38,0 °С с ознобом по вечерам, затруднения при мочеиспускании вплоть до выделения мочи по каплям, появление ноющих болей в надлобковой и поясничных областях. 15.01.2021 г. самостоятельно обращается за помощью в экстренное урологическое отделение больницы скорой медицинской помощи.

Осмотр в урологическом отделении 15.01.2021 г. Температура 37,5 °С. Живот мягкий, болезненный в надлобковой области, где пальпируется увеличенный мочевого пузырь (+4-5 см от лона). Пальпация в проекции почек безболезненная. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. *Per rectum*: простата умеренно увеличена, тестоватой консистенции, междолевая борозда сглажена. Пальпация чувствительная.

Общий анализ крови от 15.01.2021 г.: эритроциты — $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 136 г/л, лейкоциты — $16,2 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: креатинин — 143 мкмоль/л, мочевина — 10,1 ммоль/л.

УЗИ от 15.01.2021 г.: двусторонняя пиелозктазия (лоханки — до 20-30 мм). Диффузные изменения простаты. ООМ — 600 мл.

Обзорная рентгенография мочевыводящих путей от 15.01.2021 г.: гиперэхогенная тень, подозрительная на конкремент до 1,5 см, в проекции мембранозного отдела уретры (рис.).

Пациент госпитализирован в экстренное урологическое отделение с диагнозом: острый обтурационный пиелонефрит, МКБ, камень мембранозного отдела уретры, острая задержка мочи, СД 2 типа, легкое течение, компенсация.

Попытка проведения уретрального катетера безуспешна (непреодолимое препятствие в «задней» уретре). Выполнена троакарная цистостомия. На фоне цистостомического дренажа проводилось стандартное лечение пиелонефрита.

В послеоперационном периоде без осложнений. Выписан 21.01.2021 г. с надлобковым дренажем. 18.02.2021 г. — повторная госпитализация в урологическое отделение больницы скорой медицинской помощи. Выполнена оптическая контактная литотрипсия камня уретры (фрагменты удалены), оптическая ревизия верхних мочевыводящих путей с двух сторон (патологии не выявлено). Надлобковый дренаж удален, восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Таким образом, нетипичное проявление МКБ у данного пациента способствовало несвоевременной постановке клинического диагноза и неверной лечебной тактике ведения больного после первичного обращения. Между тем известно, что длительное нарушение оттока мочи по мочевыводящим путям может служить причиной развития воспалительного процесса в почках, необратимой потери их функциональной способности и даже гибели пациента. Поэтому важно тщательно проводить дифференциальный диагноз у больных с симптомами нижних мочевых путей, помнить об их неспецифическом характере и редких случаях, которые могут быть обусловлены миграцией конкремента в мочеиспускательный канал. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Щенин О. П., Тишук Е. А. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2001; 6: 3-7.
[Shchepin O. P., Tishuk Ye. A. Current state and trends in morbidity in the population of the Russian Federation // *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2001; 6: 3-7.]
2. Trinchieri A. Epidemiology of urolithiasis: an update // *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2008; 5 (2): 101-106.
3. Fisang C., Anding R., Muller S. C. et al. Urolithiasis — an interdisciplinary diagnostic, therapeutic and secondary preventive challenge // *Dtsch Arztebl Int*. 2015; 112 (6): 83-91.
4. Аполихин О. И., Сивков А. В., Комарова В. А. и др. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2018; 4: 4-14.
[Apolikhin O. I., Sivkov A. V., Komarova V. A. i dr. The incidence of urolithiasis in the Russian Federation // *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya*. 2018; 4: 4-14.]
5. Strohmaier W. Epidemiologie und Pathogenese der Urolithiasis // *Die Urologie*. Part of the series Springer Reference Medizin. 2016: 473-478.
6. Назаров Т. Х., Ахмедов М. А., Рычков И. В. и др. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика и лечение // *Андрология и генитальная хирургия*. 2019; 20 (3): 43-51.
[Nazarov T. Kh., Akhmedov M. A., Rychkov I. V. i dr. Urolithiasis: etiopathogenesis, diagnosis and treatment // *Andrologiya i genital'naya khirurgiya*. 2019; 20 (3): 43-51.]

Сведения об авторах:

Тимин Михаил Викторович, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России; 610098, Россия, Киров, ул. К. Маркса, 112; mikhail.timin.1971@mail.ru

Симонова Ольга Викторовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России; 610098, Россия, Киров, ул. К. Маркса, 112; simonova043@mail.ru

Сухих Екатерина Николаевна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России; 610098, Россия, Киров, ул. К. Маркса, 112; kat.suhih2015@yandex.ru

Information about the authors:

Mikhail V. Timin, MD, Associate Professor of the Department of Faculty Surgery at the Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 K. Marx Str., Kirov, 610027, Russia; mikhail.timin.1971@mail.ru

Olga V. Simonova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Hospital Therapy at the Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 K. Marx Str., Kirov, 610027, Russia; simonova043@mail.ru

Ekaterina N. Sukhikh, MD, Associate Professor of the Department of Hospital Therapy at the Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 K. Marx Str., Kirov, 610027, Russia; kat.suhih2015@yandex.ru