ОБЩИЕ ДАННЫЕ.

Ф.И.О..

Возраст: 75 лет.

Год рождения: 01.11.1935 г.

Место работы: пенсионерка.

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и час поступления в клинику: 13.01.11 в 20:10.

Предварительный диагноз: МКБ. Почечная колика слева. Макрогематурия.

Клинический диагноз: МКБ. Камни лоханочно-мочеточниковой системы левой почки. Почечная колика слева. Хронический пиелонефрит. Обострение.

Жалобы больного:

при поступлении: на боли в поясничной области, иррадиирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2 – 3 часов, средней силы, острые, усиливающиеся при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол), в покое; на примесь крови в моче.

на момент курации: на ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при ходьбе.

История настоящего заболевания:

Считает себя больной с 05.01.11 г., когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин, с улучшением, за медицинской помощью не обращалась. В течение последующих семи дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возрастали, появилась примесь крови в моче, после чего 13.01. 2011 г. вызвала СМП, после адекватного обезболивания была направлена в БСМП, госпитализирована в урологическое отделение.

История жизни больного:

Уроженка г. Рязани. Родилась 2-м ребенком в семье. В развитии относительно сверстников не отставала. Особенностей развития в юношеском возрасте не отмечает.
Жилищные условия удовлетворительные. Питается регулярно. Вредные привычки отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Перенесенные операции: в 1983 году экстирпация матки.

Контакты с инфекционными больными за последний месяц отрицает.

Вирусный гепатит, туберкулез, сахарный диабет, венерические заболевания отрицает.
Аллергологический анамнез без особенностей.

Трансфузионный анамнез – отрицает.

Семейный анамнез. Сестра болела мочекаменной болезнью.

Настоящее состояние больного:

Общее состояние средней степени тяжести. Положение больного пассивное. Сознание ясное. Телосложение: рост 158 см, вес 65 кг, телосложение пропорциональное. Конституция нормостеник.
Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета.
Подкожная клетчатка развита умеренно, равномерно. Общего ожирения, кахексии нет. Общих отеков, отеков на конечностях, лице, веках, животе и др., пастозности нет. Лимфатическая система.
Подчелюстные, подбородочные, шейные, подмышечные лимфоузлы величиной с горошину, эластичной консистенции, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Пальпация их безболезненна, кожа над пальпируемыми лимфоузлами не изменена.
Надключичные, подключичные, затылочные, околоушные, локтевые, подколенные, паховые и бедренные не пальпируются.
Мышцы.
Степень развития хорошая, мышцы развиты равномерно. Тонус сохранен, мышечная сила хорошая, симметрична. Болезненность мышц при пальпации отсутствует, уплотнений в мышцах, местных гипертрофий, атрофий не выявлено.
Кости.
Форма костей черепа, позвоночника, конечностей не изменена, деформаций нет. Болезненности при пальпации и поколачивании грудины, ребер, трубочных костей, позвонков, костей таза нет.
Суставы.
Болей в покое и при физической активности нет. Конфигурация суставов и кожа над ними не изменена, припухлости нет, температура кожи в области суставов на ощупь не отличается от температуры окружающей кожи. Объем активных и пассивных движений в суставах не ограничен. Движения свободные.

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна. При пальпации молочных желез болезненности и наличие образований не выявлено.

**Органы дыхания:**
Дыхание носом свободное, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка эластична, голосовое дрожание нормальное, проводится по всем легочным полям. При перкуссии – ясный легочной звук. Топографическая перкуссия: правое легкое – нижний край спереди по V межреберью, сбоку по V ребру, сзади по IV межреберью; левое легкое – нижний край спереди по V ребру, сбоку по V ребру, сзади по IV межреберью. Высота стояния верхушек: спереди на 3 см выше ключицы, сзади по остистому отростку С7. Ширина полей Кренига 3,5 см. Подвижность нижних краев: правое легкое – 5 межреберий, левое легкое – 4 межреберья. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов и крепитации нет. ЧД 18 в минуту.

**Сердечно-сосудистая система:**
При осмотре сердеечный толчок не определяется. Пульсация сонных артерий едва заметна. Шейные вены не пульсируют, в покое не заметны. Пальпация: верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой средней ключичной линии. Перкуссия: ОСТ – правая граница на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой средней ключичной линии, верхняя – на III ребре; границы АСТ – правая – по левому краю грудины, левая на 2 см кнутри от левой средней ключичной линии, верхняя на IV ребре. Поперечник сердца 12 см, ширина сосудистого пучка 5 см. Аускультация: тоны ясные, четкие, ритмичные. ЧСС 78 в минуту. Пульс симметричный, регулярный, наполненный, нормального напряжения. Стенки артерий эластичны, без особенностей. А/Д 130/75 мм.рт.ст. справа, 135/80 мм.рт.ст. слева.

**Система пищеварения:**
Осмотр – слизистая рта розовая, язык розовый, слегка обложен белым налетом по краям и на спинке, миндалины не изменены. В области живота грыж, опухолевидных образований не отмечается. При пальпации живот мягкий, слегка болезненный в левой области, участвует в акте дыхания, край печени гладкий, ровный, безболезненный. При перкуссии над кишечником тимпанит. Печень: верхняя граница – V ребро по парастернальной линии, V ребро по правой СКЛ, VI ребро по передней подмышечной линии; нижняя граница – на 5 см ниже мечевидного отростка по срединной линии, на 0,5 см ниже нижнего края реберной дуги по левой парастернальной линии, на 2 см ниже нижнего края реберной дуги по правой парастернальной линии, на 0,5 см ниже края реберной дуги по правой СКЛ, на верхнем крае X ребра по правой передней подмышечной линии.
Желчный пузырь не пальпируется, безболезнен.

Селезенка не прощупывается, болезненности при пальпации в левом подреберье нет. Перкуторные размеры селезёнки по X ребру: длинник - 8 см и поперечник - 5 см.

Аускультативно: перистальтика кишечника активная, ритмичная, равномерная.

**ОРГАНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ:**
Поясничная область симметричная. Припухлости и красноты не наблюдается.
При пальпации почек (в положении стоя, лёжа на спине, правом и левом боку) выявлена болезненность слева. Симптом поколачивания положителен слева.
Конфигурация надлобковой области и нижних отделов живота не изменена. Пальпация над лоном безболезненна, напряженности брюшной стенки нет. Перкуторно и пальпаторно мочевой пузырь не определяется.

Диурез в норме, примесей крови на момент курации не отмечается.

Тип волосяного покрова по женскому типу.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**
Сознание ясное, ориентирована в месте и времени. Память сохранена. Сон не нарушен. Раздражительности, повышенной утомляемости нет.
Болевая, тактильная, температурная чувствительность сохранены.
Острота зрения сохранена.

Слух в норме.
Речь не нарушена.
Координация движений сохранена

Местные проявления патологического процесса.

Болезненность при пальпации живота слева. Болезненность при пальпации почек слева, симптом поколачивания положительный слева.

Предварительный диагноз:

- На основании жалоб: на боли в поясничной области, иррадиирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2 – 3 часов, средней силы, острые, усиливающиеся при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол), в покое; на примесь крови в моче;
- на основании анамнеза заболевания: считает себя больной с 05.01.11 г., когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин, с улучшением, за медицинской помощью не обращалась. В течение последующих семи дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возрастали, появилась примесь крови в моче, после чего 13.01. 2011 г. вызвала СМП, после адекватного обезболивания была направлена в БСМП, госпитализирована в урологическое отделение;

- на основании семейного анамнеза: сестра болела мочекаменной болезнью;

- на основании физикального исследования: болезненность при пальпации живота слева. Болезненность при пальпации почек слева, симптом поколачивания положительный слева.

Можно поставить диагноз: МКБ. Почечная колика слева.

План обследования:

1. ОАК.
2. ОАМ.
3. Б/х анализ крови.
4. Коагулограмма.
5. Бак. посев мочи.
6. УЗИ
7. Обзорная урография.
8. Экскреторная урография.
9. Анализ на группу крови.
10. Анализ крови резус фактор.
11. Анализ на RW и ИФА.

Данные методов исследования:

ОАК (14.01.11): Эр. – 3,19х10\*12/л, Нb – 100 г/л, цветной пок. – 0,9, Лейк. – 6,3х10\*9/л, эоз. – 1%, нейтр. сегментояд.- 70%, лим. – 24%, мон. – 3%, СОЭ – 18 мм/ч.

Заключение: лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

ОАМ(14.01.11): Цвет: бурый, р-я кислая, прозрачность мутная, плотность – 1020, белок – 0,165 г/л, эритр. – 42- 50 в п/зр., лейк.- 2-4 в п/зр, эпителий плоский: 1-3 в п/зр., соли – мочевая кислота, бактерии ++.

Заключение: гематурия, бактериурия, протеинурия, уратурия.

Б/х анализ крови: креатинин 88,2 мкмоль/л, билирубин 8, 55 мкмоль/л, холестерин 5,2 ммоль/л, АЛТ- 13, АСТ – 27, К – 4,4 ммоль/л, Na – 152, 2 ммоль/л.

Заключение: норма.

Исследование системы гемостаза (14.01.11): фибриноген 220мг\%, фибринолитическая активность 330 минут, фибринстабилизирующий фактор 45 секунд.

Заключение: улинение времени фибринолитической активности.

УЗИ( 14.01.11): правая почка: типичная, подвижная, контуры ровные, размеры 93\*45 мм, паренхима 17 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка: положение типичное,подвижное, контуры ровные, размеры 104\*60 мм, паренхима 18 мм, в нижней группе чашечек конкремент с акустической тенью d-17 мм, чашечно лоханочная система расширена, лоханки-35 мм, чашечки-24 мм. В ЛМС конкремент d-13 мм.

Заключение: расширение ЛМС слева. МКБ. Камни левой почки.

Обзорная урография (15.01.11): В просвете малаго таза слева однородная тень, - конкремент верхней трети мочеточника.

Анализ на группу крови и резус-фактор (14.01.11): IIA, Rh+.

Анализ на RW и ИФА (14.01.11): отрицательный.

Окончательный клинический диагноз.

- На основании жалоб: на боли в поясничной области, иррадиирующие в левую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2 – 3 часов, средней силы, острые, усиливающиеся при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол), в покое; на примесь крови в моче;
- на основании анамнеза заболевания: считает себя больной с 05.01.11 г., когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин, с улучшением, за медицинской помощью не обращалась. В течение последующих семи дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возрастали, появилась примесь крови в моче, после чего 13.01. 2011 г. вызвала СМП, после адекватного обезболивания была направлена в БСМП, госпитализирована в урологическое отделение;

- на основании семейного анамнеза: сестра болела мочекаменной болезнью;

- на основании физикального исследования: болезненность при пальпации живота слева. Болезненность при пальпации почек слева, симптом поколачивания положительный слева;

-на основании лабороторных и инструментальных исследований: ОАК: Лейкоцитоз (6,3х10\*9/л), увеличенная СОЭ (18 мм/ч), ОАМ: гематурия (42- 50 в п/зр.), бактериурия, протеинурия (0,165 г/л), уратурия (соли-мочевая кислота). УЗИ: расширение ЛМС слева. МКБ. Камни левой почки. Обзорная урография: В просвете малаго таза слева однородная тень, - конкремент верхней трети мочеточника.

Клинический диагноз: МКБ. Камни лоханочно-мочеточниковой системы левой почки. Почечная колика слева. Хронический пиелонефрит. Обострение.

Дифференциальный диагноз.

Необходимо дифференцировать тени камней почки и мочеточника на рентгенограммах мочевой системы от теней иного происхождения. Последние могут быть обусловлены обызвествленными лимфатическими узлами брыжейки кишечника и забрюшинного пространства, каловыми камнями, таблетками лекарств в кишечнике, камнями желчных путей, петрификатами в паренхиме почки туберкулезного происхождения. В отличие от теней камней почки и мочеточника тени петрификатов имеют негомогенную структуру, неровные контуры и неправильную форму, а камни желчных путей - фестончатую форму, малую интенсивность и скученное расположение. Ясность в дифференциальный диагноз вносит рентгеноконтрастное исследование в двух проекциях или более (в положении на спине, на животе, полубоковом), при котором тени, подозрительные на камни, или полностью совпадают с изображением мочевых путей, или оказываются вне их.

Особенно часто приходится дифференцировать тени камней тазового отдела мочеточника и флеболитов (венных камней), которые представляют собой обызвествления тазовых вен и на снимке (поперечный срез) выглядят как округлые тени. От камней в мочеточнике их отличает геометрически правильная округлая форма, совершенно ровные контуры, просветление в центре и множественность. Однако полностью исключить отношение тени флеболита к мочеточнику можно при помощи его контрастирования (путем экскреторной урографии или введения рентгеноконтрастного мочеточникового катетера) и снимков в двух проекциях. Если в обеих проекциях подозрительная тень совпадает с контурами мочеточника, то это свидетельствует о наличии камня в мочеточнике, в противном случае - флеболита.

Нередко при почечной колике отмечаются резкая болезненность передней

брюшной стенки и ее ригидность. Эти симптомы наряду с самостоятельными болями,

локализующимися в подвздошной области, заставляют подозревать местный перитонит.

В первую очередь почечную колику необходимо дифференцировать с «острым

животом»:

-острый аппендицит,

- печеночная колика,

- острый холецистит,

- острый панкреатит,

- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки,

- кишечная непроходимость и др.

При правосторонней почечной колике возникают значительные трудности при

проведении дифференциального диагноза с острым аппендицитом. Эти трудности усу-

губляются появлением болей в поясничной области при ретроцекальном аппендиците и

дизурических расстройствах при тазовом расположении червеобразного отростка. Как при

почечной колике, так и при остром аппендиците отмечается умеренное повышение

температуры. Важнейшим симптомом, позволяющим отличить почечную колику от

острого аппендицита, следует считать поведение больного во время приступа. Резкое

беспокойство, двигательное возбуждение, стремление к постоянной перемене положения

характерны для почечной колики. Больные же с любым местным перитонитом, как

правило, лежат неподвижно, ибо малейшие движения вызывают резкое усиление болей.

Для больных с местным перитонитом характерно щажение живота, что не наблюдается

при почечной колике. При пальпации живота выявляют напряжение брюшной стенки и

болезненность, наиболее выраженные в правой подвздошной области, определяют

характерные признаки аппендицита (симптомы Ровзинга, Ситковского и др.). При

аппендиците боль нередко возникает в подложечной области, затем перемещается в

область пупка и, наконец, сосредоточивается в правой подвздошной области; болевой

синдром сопровождается рвотой и вздутием живота. Все же диагностические затруднения

в ряде случаев столь велики, что истинная природа приступа может быть установлена

только при экстренном обследовании больного в стационаре.

При печеночной колике боль локализуется в правом подреберье и в подложечной

области, затем распространяются по всему животу, иррадиирует под правую лопатку, в

правое плечо, усиливаются при вдохе, а также при пальпации области желчного пузыря.

Часто отмечается боль при поколачивании по правой реберной дуге и при надавливании

между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы на шее, а также ригидность

брюшной стенки в правом подреберье. Иногда бывает субиктеричность склер.

При остром панкреатите интенсивная постоянная боль локализуется в

подложечной области и области пупка, нередко носит опоясывающий характер. При

осмотре выявляют напряжение брюшной стеной в эпигастральной области.

При прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе выявляют

диспепсические расстройства; «кинжальная» боль в подложечной области или в области

пупка возникает внезапно, чаще после еды; характерны бледность кожных покровов,

холодный пот, частый малый пульс; при осмотре выявляют напряжение брюшной стенки,

исчезновение печеночной тупости. Больной лежит неподвижно.

Рвота, вздутие живота, задержка стула и газов, в ряде случаев сопровождающие

почечную колику, заставляют иногда проводить дифференциальный диагноз с

механической кишечной непроходимостью. Внимательное обследование больного с

почечной коликой и наблюдение за ним почти всегда позволяют выявить паралитический

характер сопутствующей кишечной непроходимости (равномерное вздутие живота,

прекращение перистальтики). Кроме того, при почечной колике боль и рвота возникают

одновременно, тогда как при катастрофе в брюшной полости рвота обычно появляется

спустя некоторое время после появления болей.

Межреберная невралгия не имеет схваткообразного характера боли, зависит от

положения тела, т.е. стихает в покое и неглубоком дыхании, чего не бывает при почечной колике. С учетом проведенных исследований в данном случае ясно, что камни находятся в почечно – лоханочной системе, болезненность отмечается слева, что указывает на МКБ левой почки.

План лечения.

Режим палатный.

Стол № 15.

Нитроксалин – как антибактериальная терапия.

Rp.: Nitroxolini 0,05

 D.t.d. N.50 in tab.

 S. По 1 таб. 4 р/день.

Кеторол – с целью обезболивания.

Rp.: Sol. Ketoroli 3% - 1,0 ml

 D.t.d. N.5 in amp.

 S. Вводить в/м по 1 амп. при болях.

Эуфиллин – для увличения почечного кровотока.

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить в/в капельно 1 р/день, предварительно развести содержимое ампулы в 20 мл изотонического раствора NaCl.

Димедрол – для седативного действия.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить в/в капельно 1 р/день, предварительно развести содержимое ампулы в 75 мл изотонического раствора NaCl.

Папаверин – как спазмолитическое средство при почечной колике.

Rp.: Sol. Papaverini 2% - 2 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить в/в медленно по ½ ампуле 2 р/день, предварительно развести 1 мл р-ра в 20 мл изотонического раствора NaCl.

Анальгин – как анальгетическая и противовоспалительная терапия.

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить в/в по 1 ампуле 2 р/день.

Дневник наблюдения.

21.01.11.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пульс 70 уд/минТ =36,7 САД 140/60 мм рт ст | Состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 1 – 1,5 часов, умеренные, возникающие и усиливающиеся при физической нагрузке. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезнный в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слабо положителен слева. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо. Наблюдается положительная динамика. Снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли. | Режим палатныйСтол №15Назначение:Tab. Nitroxolini 0,05 по 1 таб. 4 р/деньSol. Ketoroli 3% - 1,0 ml в/м по 1 амп. при боляхSol. Euphyllini 2,4% - 10 ml в/в капельно 1 р/деньSol. Dimedroli 1% - 1ml в/в капельно 1 р/деньSol. Papaverini 2% - 2 ml в/в медленно по ½ ампуле 2 р/деньSol. Analgini 50% - 2 ml в/в по 1 ампуле 2 р/деньSol. Natrii Chloridi 0,5%-400 ml в/в капельно |

24.01.11.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пульс 72 уд/минТ =36,5 САД 135/75 мм рт ст | Состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 0,5 часов, умеренные, возникающие и усиливающиеся при физической нагрузке. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезнный в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слабо положителен слева. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо. Наблюдается положительная динамика. Снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли. | Режим палатныйСтол №15Назначение:Tab. Nitroxolini 0,05 по 1 таб. 4 р/деньSol. Ketoroli 3% - 1,0 ml в/м по 1 амп. при боляхSol. Euphyllini 2,4% - 10 ml в/в капельно 1 р/деньSol. Dimedroli 1% - 1ml в/в капельно 1 р/деньSol. Papaverini 2% - 2 ml в/в медленно по ½ ампуле 2 р/деньSol. Analgini 50% - 2 ml в/в по 1 ампуле 2 р/деньSol. Natrii Chloridi 0,5%-400 ml в/в капельно |

25.01.11.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пульс 72 уд/минТ =36,6 САД 130/60 мм рт ст | Состояние удовлетворительное. Жалобы на ноющие боли в поясничной области слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. Живот мягкий, безболезнный в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слабо положителен слева. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо. Наблюдается положительная динамика. Снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли. | Режим палатныйСтол №15Назначение:Tab. Nitroxolini 0,05 по 1 таб. 4 р/деньSol. Ketoroli 3% - 1,0 ml в/м по 1 амп. при боляхSol. Euphyllini 2,4% - 10 ml в/в капельно 1 р/деньSol. Dimedroli 1% - 1ml в/в капельно 1 р/деньSol. Papaverini 2% - 2 ml в/в медленно по ½ ампуле 2 р/деньSol. Analgini 50% - 2 ml в/в по 1 ампуле 2 р/деньSol. Natrii Chloridi 0,5%-400 ml в/в капельноАнализы: ОАК, ОАМ, УЗИ. |

Реферативная часть.

**Лечение камней в верхней трети мочеточника.**

Уретеротомия.

В случае локализации камня в верхней части мочеточника производится

поясничный косой разрез, реже — поясничный вертикальный разрез. У

худощавых больных последний вид разреза облегчает операцию, но у тучных

больных большое количество забрюшинного жира затрудняет нахождение

мочеточника, потому что малый разрез не предоставляет хирургу должной

свободы действий. После отодвигания брюшины и забрюшинной жировой ткани

в вентральном направлении обнаруживается мочеточник. Если камень

находится не слишком близко к почечной лоханке, можно обойтись без

обнажения почки. На локализацию камня указывает также и выпячивание на

стенке мочеточника и расширение мочеточника выше выпячивания.

Ткани, окружающие мочеточник на уровне камня, отечны, могут быть и

сращения. Мочеточник обнажается непосредственно в области камня; выше

этого места при помощи диссектора мочеточник обвивается толстой ниткой,

которую слабо завязывают, не сжимая стенки мочеточника. Проведение

лигатуры преследует две цели. Лигатура препятствует камню во время

манипуляций соскользнуть обратно в лоханку и препятствует вытеканию

инфицированной мочи после удаления камня.

Дистальнее камня мочеточник фиксируется пинцетом, и при помощи скальпеля

на уровне камня производится продольный разрез, причем нужно следить за

тем, чтобы разрез проводился против мезоуретера. После вскрытия

мочеточника камень извлекается ложкой. Если хирург уверен, что в

мочеточнике не остался камень, то отверстие мочеточника закрывается

атравматическими узловатыми швами. Следует

учитывать, что швы должны соприкасаться только с адвентицией. Важно тщательное закрытие разреза! Просачивающаяся моча вызывает сращение в окружающих тканях, нарушается функция мочеточника, что влечет за собой поражение почки.

Применение контактной уретеролитотрипсии (КуЛТ) при камнях верхней трети мочеточников ограничено в связи с тем, что в большинстве случаев в ходе операции происходит миграция камня в расширенные лоханку или чашечки, где он становится недоступным для визуализации при использовании ригидных уретероскопов. Подобное смещение конкрементов многие авторы трактуют как неудачный исход или осложнение метода.

Литература:

1. Урология. Н.А.Лопаткин, А.Ф. Даренков, В. Г. Горюнов, 1995 г.
2. Лекарственные средства. М.Д. Машковский, 2008 г.