

Гигантский камень мочеточника: наблюдение из практики

Н.С. Ибодзода¹, А.Ю. Одилов^{1,2}, Н.Н. Амиршоев¹, М.Б. Фахридинов¹

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»;

²Кафедра урологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

В данной статье представлен клинический случай пациента Ш.М. (35 лет), у которого был обнаружен гигантский камень мочеточника. УЗИ мочевыводящей системы показало гидро-нефроз слева и гиперэхогенное образование в средней и нижней частях левого мочеточника. При рентгенологических исследованиях мочевыделительной системы на обзорной урограмме в области средней и нижней трети левого мочеточника обнаружен гигантский камень. Его длина составляет 16,8 см, а масса - 86 грамм. Выполнена левосторонняя уретеролитотомия длиной 11 см над конкрементом с последующим дренированием левой почки посредством уретеростомы; послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова:

мочекаменная болезнь, уролитиаз, гигантский камень мочеточника, уретеролитотомия, уретеростомия

Для цитирования:

Ибодзода Н.С., Одилов А.Ю., Амиршоев Н.Н., Фахридинов М.Б. Гигантский камень мочеточника: наблюдение из практики. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2025; 6(4): 257-262. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2025-6-4-257-262>

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) стабильно растёт, и риск её развития на протяжении жизни составляет 10–15% [1].

В мочевыводящей системе человека камни чаще всего формируются в почках и мочеточниках (примерно в 97% случаев), лишь незначительная доля (около 3%) обнаруживается в мочевом пузыре и уретре. Размеры этих камней могут быть крайне разнообразны: от микроскопических до образований в несколько сантиметров [2].

Из-за этиологического разнообразия мочевых камней наиболее часто встречаются камни с разным составом: оксалат

кальция составляет более 80%, фосфат кальция и фосфат магния-аммония - 5%, мочева кислота - 13%». Камни из фосфата кальция чаще встречаются у молодых пациентов, в то время как у пожилых людей преобладают камни из мочевой кислоты или камни с необычным составом [3].

Камни в мочевыводящих путях образуются в почках и затем перемещаются в мочеточник. При мочекаменной болезни (МКБ) частота уретеролитиаза достигает не менее 50%, причём до 98-99% камней мочеточника являются мигрирующими из почек [4, 5].

Мочеточник - полая мышечная трубка с тремя физиологическими сужениями

Giant stone in the ureter: practical observation

N.S. Ibodzoda¹, A.Yu. Odilov^{1,2}, N.N. Amirshoev¹, M.B. Fakhridinov¹

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Urology"

²Department of Urology, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan

This article presents the clinical case of patient Sh.M. (35 years old), who was diagnosed with a giant ureteral stone. A urinary tract ultrasound revealed left-sided hydronephrosis and a hyperechoic lesion in the middle and lower portions of the left ureter.

A plain urogram (urogram) of the urinary system revealed a giant stone in the middle and lower third of the left ureter. It is 16.8 cm long and weighs 86 grams. A left-sided ureterolithotomy (11 cm) was performed above the stone, followed by drainage of the left kidney via a ureterostomy. The postoperative period was uneventful.

Key words:

urolithiasis, urolithiasis, giant ureteral stone, ureterolithotomy, ureterostomy

For citation:

Ibodzoda N.S., Odilov A.Yu., Amirshoev N.N., Fakhridinov M.B. Giant stone in the ureter: practical observation. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino"*. 2025; 6(4): 257-267. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2025-6-4-257-262>

диаметром 3–5 мм, в которых зачастую застревают конкременты, а в самом мочеточнике камни образуются редко и только при выраженных анатомических нарушениях.

Камни мочеточника диаметром до 5 мм выходят самостоятельно, и у 75% пациентов не возникает осложнений [1]. В большинстве случаев крупные камни мочеточника занимают значительную часть органа и становятся источником воспалительного процесса и нарушения функции почек. Опасность крупных камней мочеточника заключается в том, что они могут долгое время не давать симптомов, оставаясь скрытыми, пока не начнут вызывать сильные болевые ощущения или не

будут обнаружены случайно при проведении рентгенологического исследования или ультразвуковой диагностики.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент Ш.М., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли и чувство тяжести в левой поясничной области, дизурические расстройства и общую слабость; в анамнезе за неделю до госпитализации отмечался приступ почечной колики слева. При физикальном обследовании болезненность в мочеточниковых точках не определяется, а при определении симптома Ф. И. Пастернацкого слева отмечается болезненность. В анализе мочи обнаружены протеинурия

и лейкоцитурия, в крови - лейкоцитоз ($12,3 \times 10^9/\text{л}$) и повышенная скорость оседания эритроцитов /СОЭ/ (60 мм/ч). При дальнейшем обследовании клинические проявления почечной недостаточности, а также лабораторно-биохимические изменения, указывающие на почечную недостаточность, не выявлены. При ультразвуковом исследовании мочевыводящей системы выявлен гидронефроз с левой стороны, а также гиперэхогенная тень в средней и нижней частях левого мочеточника.

Рентгенологическое обследование мочевыделительной системы на обзорной урограмме выявили подозрительную тень конкремента в средней и нижней трети левого мочеточника. На серии экскреторных урограмм отмечается подозрительная тень конкремента в проекции средней и нижней трети левого мочеточника, и выделительная функция левой почки отсутствует из-за гигантского камня мочеточника (рис. 1).

Пациенту провели операцию по удалению камня из мочеточника (уретеролитотомию). Длина разреза мочеточника составила 11 см. Камень, извлечённый из левого мочеточника, имел белый цвет и ровные края (рис. 2).

При длине конкремента 16,8 см и массе 86 г, фосфатном составе, из-за хронического воспалительного процесса в просвет мочеточника и левой почки решено установить уретеростому для определения выделительной функции левой почки.

Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент был выписан на 12-е сутки после операции, при этом уретеростома была удалена на 18-е сутки, через неё отмечалось выделение мочи объёмом 80–120 мл с низкой относительной плотностью.

Через три месяца после операции была выполнена экскреторная урография для оценки функциональной способности почки и пассажа контрастного вещества по мочеточнику, на поздних снимках было



Рис. 1. Обзорная урограмма. В средней и нижней трети левого мочеточника обнаружен гигантский камень

Fig. 1. Overview urogram. A giant stone was found in the middle and lower third of the left ureter



Рис. 2. Гигантский белый камень с ровными краями, извлечённый из левого мочеточника

Fig. 2. A giant white stone with smooth edges extracted from the left ureter

отмечено слабое контрастирование и расширение полостной системы левой почки.

В представленном клиническом наблюдении не было выявлено каких-либо уродинамических или метаболических нарушений, для удаления камней больших размеров мочеточника методом выбора стала открытая уретеролитотомия, а эндоскопические методы лечения при гигантских камнях мочеточника оказались не применимы [6]. Хотя гигантские камни в мочеточнике встречаются редко, А.А. Бутузов описал случай, когда у пациента

был обнаружен камень размером 19х3 см и весом 58 г. [7]. С.П. Фёдоров также рассказал о пациенте с камнем длиной 19 см и массой 52 г. [8]. Согласно данным из доступной литературы, гигантские камни мочеточника чаще встречаются в левом мочеточнике, при этом среди мужчин такие образования обнаруживаются в два раза чаще, чем у женщин. У всех пациентов с гигантским камнем мочеточника наблюдаются боли в поясничной области на стороне расположения камня, а у некоторых — дизурические симптомы [6, 9].

В нашем наблюдении пациент жаловался на ноющие боли и тяжесть в левой поясничной области, дизурию и общую слабость. Пациенту провели уретеролитотомию с установкой уретеростомии в левый мочеточник для контроля количества выделенной мочи из левой почки и её функциональной способности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образование гигантского камня мочеточника является крайне редким явлением, возникающим в результате сочетания уродинамических и метаболических нарушений. Камни могут состоять из различных солей, но чаще всего они имеют смешанный состав. Одними из важных условий образования гигантского камня мочеточника служат отсутствие выраженных клинических симптомов и нормальная функция почки в течение длительного периода времени. В нашем клиническом наблюдении отсутствие нарушений уродинамики и сохранение функции почки, вероятно, способствовали формированию гигантского камня мочеточника, а отсутствие выраженных клинических симптомов на протяжении длительного времени стало причиной позднего обращения пациента за медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Fisang C., Anding R., Müller S.C., Latz S., Laube N. Urolithiasis - an interdisciplinary diagnostic, therapeutic and secondary preventive challenge. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 Feb 6;112(6):83-91. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0083>
2. Krambeck A.E., Lieske JC, Li X, Bergstralh EJ, Melton LJ III, Rule AD. Effect of age on the clinical presentation of incident symptomatic urolithiasis in the general population. *J Urol.* 2013;189:158-164. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.09.023>
3. Linder B.J., Rangel L.J., Krambeck A.E. The effect of work location on urolithiasis in health care professionals. *Urolithiasis.* 2013;41:327-331. <https://doi.org/10.1007/s00240-013-0579-2>
4. Мартов А.Г., Гордиенко А.Ю., Ергаков Д.В., Борисик А.В. Лечение крупных камней верхней трети мочеточника с помощью трансуретральной контактной пневматической уретеролитотрипсии. *Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России.* 2011; 4 (11): 144-154. Martov A.G., Gordienko A.Yu., Ergakov D.V., Borisik A.V. Treatment of large stones in the upper third of the ureter using transurethral contact pneumatic ureterolithotripsy. *Bulletin of the Russian Scientific Center of Roentgenology and Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation.* 2011; 4 (11): 144-154.
5. Аль-Шукри С.Х., Антонов А.В., Авазханов Ж.П. Выбор метода лечения крупных камней верхних отделов мочеточников. *Нефрология.* 2013; 17(4): 95-99. Al-Shukri S.Kh., Antonov A.V., Avazkhanov Zh.P. Choice of treatment method for large upper ureteral stones. *Nephrology.* 2013; 17(4): 95-99.
6. Hayrli G., Balpukov U., Ainaev E., Gaipov A., Abdugaliyev S., Zhienbaev E. *Urologia.* 2015; 6: 136-138.
7. Хайрли Г., Балпуков У., Айнаев Е., Гаипов А., Абдугалимов Ш., Жиенбаев Е. Гигантский камень мочеточника: наблюдение из практики и обзор литературы. *Урология.* 2015; 6: 136-138. Khairli G., Balpukov U., Ainaev E., Gaipov A., Abdugaliyev Sh., Zhienbaev E. Giant ureteral stone: a case report and literature review. *Urology.* 2015; 6: 136-138.
8. Selcuk S., Berkan R., Ekrem O.A. Giant Ureteral Stone without Underlying Anatomic or Metabolic Abnormalities: A Case Report. *Case Reports in Medicine.* 2013; 2013: 236286.
9. Sharma S., Pawar D.S., Singh S.K. The world's heaviest ureteric calculus? *Indian J. Surg.* 2010;72(1):367-68.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ибодзода Неъматуллох Сохиб – кандидат медицинских наук, директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: ibodov64@mail.ru

https://orcid.org/0009-0003-4937-8688

***Одилов Аминджон Юсуфович** – доктор медицинских наук, заместитель директора по науке ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», ассистент кафедры урологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: dr.odilov-a@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-8432-6512

Амиршоев Насимджон Нуралишоевич – заведующий отделением II урологического отделения ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: nasim.amirshoev@mail.ru

https://orcid.org/0009-0007-6966-7160

Фахридинов Мухсидин Бадридинович – заведующий операционно-перевязочным отделением ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: muhsidin287@gmail.com

https://orcid.org/0009-0004-5949-6204

***Автор для корреспонденции**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ibodzoda Nematulloh Sohib – Candidate of Medical Sciences, Director of the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Urology”, Dushanbe, Tajikistan

E-mail: ibodov64@mail.ru

https://orcid.org/0009-0003-4937-8688

***Odilov Aminjon Yusufovich** – Doctor of Medical Sciences, Deputy Director for Science of the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Urology”, Assistant of the Department of Urology of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: dr.odilov-a@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-8432-6512

Amirshoev Nasimjon Nuralishoevich – Head of the Department of the 2nd Urology Department of the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Urology”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: nasim.amirshoev@mail.ru

https://orcid.org/0009-0007-6966-7160

Fakhridinov Mukhsidin Badridinovich – Head of the operating and dressing department of the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Urology”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: muhsidin287@gmail.com

https://orcid.org/0009-0004-5949-6204

*** Author for correspondence**