

**Clinical case. Treatment of urolithiasis in pregnant women  
Stjzhkina S.<sup>1</sup>, Sannikov P.<sup>2</sup>, Chernenkova M.<sup>3</sup>, Grinko O.<sup>4</sup>,  
Akhmedova S.<sup>5</sup> (Russian Federation)**

**Клинический случай. Лечение мочекаменной болезни у беременных  
Стяжкина С. Н.<sup>1</sup>, Санников П. Г.<sup>2</sup>, Черненкова М. Л.<sup>3</sup>, Гринько О. В.<sup>4</sup>,  
Ахмедова С. Г.<sup>5</sup> (Российская Федерация)**

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна / Stjzhkina Svetlana - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник

Высшей школы Российской Федерации;

<sup>2</sup>Санников Павел Германович / Sannikov Pavel - кандидат медицинских наук, доцент, кафедра факультетской хирургии;

<sup>3</sup>Черненкова Маргарита Львовна / Chernenkova Margarita - кандидат медицинских наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии;

<sup>4</sup>Гринько Оксана Викторовна / Grinko Oksana - студент;

<sup>5</sup>Ахмедова Сайбат Гасановна / Akhmedova Saybat - студент, кафедра факультетской хирургии, лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

**Аннотация:** изучить на клиническом примере эффективность лечения мочекаменной болезни у беременных.

**Abstract:** to study on the clinical example of the effectiveness of treatment of urolithiasis in pregnant women.

**Ключевые слова:** клинический случай, мочекаменная болезнь, беременность.

**Keywords:** clinical case, kidney stones, pregnancy.

**Введение.**

В настоящее время прослеживается неуклонный рост заболеваемости пиелонефритом и мочекаменной болезнью. Особенно это актуально с позиции акушерства и перинатологии, так как чаще всего заболевание проявляется или впервые возникает во время беременности, обуславливая осложненное течение беременности и родов, а так же послеродового периода и высокую заболеваемость новорожденных [1, 2, 3].

Мочекаменная болезнь в общей популяции встречается у 5,3%, а среди беременных женщин варьирует от 0,2 до 0,8 %. Образование камней в почках, как правило, начинается до наступления беременности, и зачастую дебют МКБ в виде почечной колики и/или вспышки острого обструктивного пиелонефрита совпадает с I или III триместром беременности. Чаще наблюдается почечная колика, хотя протекает она с менее выраженным болевым симптомом, а развитие острого обструктивного пиелонефрита угрожает не только женщине, но и плоду, способствуя развитию преэклампсии, внутриутробных инфекций, которые могут вызвать самопроизвольный аборт или преждевременные роды в 15-19% случаев [4].

**Клинический пример.**

История болезни пациентки за 2016 год, в которой были изучены жалобы, анамнез заболевания, наличие осложнений, данные общего осмотра и ультразвуковых исследований.

Пациентка А., 31 год, поступила в Первую РКБ 12.03.16 г. в урологическое отделение с диагнозом: мочекаменная болезнь. Камень верхней трети левого мочеточника. Беременность 35 недель.

Поступила с жалобами на сильные, ноющие боли в пояснице слева.

Развитие и течение заболевания: больна в течении суток, когда появились жалобы, доставлена СМП в приёмный покой урологического отделения.

При объективном исследовании: живот мягкий, увеличен за счет беременной матки. Симптом сотрясения резко положительный слева. Отеков нет.

По данным ультразвукового исследования почек от 12.03.16 г. Почки не увеличены, размером справа 10.8\*4.6, слева 10.9\*4.6, паренхима не утолщена, контуры ровные. Чашечно-лоханочная система расширена слева, лоханка 19 мм., чашки 10 мм., м/к и в верх 3- 6 мм. Мочевой пузырь объемом 340 мл. Устье, нижняя треть мочеточника не изменены. Дополнительные образования- в верхней трети левого мочеточника, на расстоянии 4.0 см. от лоханки гиперэхогенная структура 4 мм с эхотенью. Заключение: каликопиелоектазия слева. Камень верхней трети левого мочеточника.

Заключение по данным осмотра врача- гинеколога в приемном покое от 12.03.16 г.: беременность 35 недель. Мочекаменная болезнь. Гестационный пиелонефрит. Ультразвуковое исследование плода- без патологии. Данных за акушерскую патологию на момент осмотра не выявлено.

Рекомендовано:

1. Лечение в урологическом отделении

2. Антибиотикотерапия не противопоказана.

По данным полного анализа крови от 12.03.16 г. Заключение: без особенностей

По данным полного анализа крови от 14.03.16 г. Заключение: без особенностей

По данным полного анализа мочи от 14.03.16 г. Заключение: гематурия (вследствии самостоятельного отхождения конкремента).

По данным ультразвукового исследования почек от 14.03.16 г.: правая почка-размеры средние 11.0\*4.5 см.(лежа, стоя), расположение обычное, контуры ровные, чашечно-лоханочная система слегка расширена- чашки 5.5 мм., лоханка 15 мм., в/треть до 3мм., на 5.0 см. без гиперэхоструктур. ИМД по возрасту. Соотношение чашечно-лоханочной системы к паренхиме обычное. Паренхима слева повышенной эхогенности, увеличена 1.6\*1.7 см., в с/с паренхимы тяж. Мочевой пузырь объемом- 280 мл, содержимое однородное, н/треть на 5.0 см., без гиперэхоструктур. Заключение: аномалия развития почек- удвоение чашечно-лоханочной системы, незначительного уростаза правой почки, формирующийся микролит левой почки.

Проведено лечение: инфузионная терапия, папаверин.

#### **Вывод.**

Лечение мочекаменной болезни подбирается врачом- урологом, строго индивидуально, с применением щадящих методов. В данном случае лечение проведено согласно клиническому случаю конкретной пациентки и истории её заболевания.

В результате адекватной и успешной терапии наблюдалось самостоятельное отхождение конкремента.

#### ***Литература***

1. *Стяжкина С. Н., Черненкова М. Л., Гюльяхмедова Л. М., Габбасова Г. Р., Медведь М. С., Назаров В. В* Актуальные проблемы осложнений мочекаменной болезни. // Успехи современного естествознания.- 2015. -№ 4
2. *Стяжкина С. Н., Санников П. Г., Черненкова М. Л., Рябкова М. Н., Беляева Е. В., Татарских А. К.* Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита.. *Ижевск, 2015;*
3. *Стяжкина С. Н., Черненкова М. Л., Арсланова Р. И., Захватаева Ю. А* Аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита.. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.- 2015. - № 12 (часть 10).
4. *Шехтман М. М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Москва: Триада-Х. 2013;595