



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.61-003.7-031:611.25

Будорагин Е.С. (*budoragin47@mail.ru*)¹, **Золотарев Д.В.** (*zolotarev23gkb@yandex.ru*)², **Зайцев А.А.** (*a-zaicev@yandex.ru*)¹, **Милов В.Е.** (*vmilov@rambler.ru*)², **Теляшов А.Д.** (*telyashov68@mail.ru*)², **Дегтярева Е.В.** (*lasher@bk.ru*)², **Будорагин И.Е.** (*budoragin7@mail.ru*)¹ – Случай миграции камня почки в плевральную полость.

¹ Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ² ГКБ № 23 им. И.В.Давыдовского, Москва

Приведен случай проникновения коралловидного камня правой почки через диафрагму в плевральную полость с образованием гидроторакса, плеврита и абсцесса у пациентки 75 лет.

К л ю ч е в ы е с л о в а: мочекаменная болезнь, миграция камня почки, плевральная полость, гидроторакс, плеврит, абсцесс.

Budoragin E.S., Zolotarev D.V., Zaitsev A.A., Milov V.E., Telyashov A.D., Degtyareva E.V., Budoragin I.E. – Case of kidney stone migration into the pleural cavity. The article presents a case of penetration of coral calculus of right kidney through the diaphragm into the pleural cavity with formation of hydrothorax, pleurisy, and abscess in a patient 75 years.

К е у w o r d s: kidney stone disease, kidney stone migration, pleural cavity, hydrothorax, pleurisy, abscess.

Случаи проникновения конкремента из чашечки почки за пределы мочевой системы встречаются крайне редко. Наиболее часто миграция конкрементов за пределы мочевой системы происходит из лоханки и мочеточника. Этому процессу способствует длительное стояние конкремента, развитие воспаления вокруг камня с нарушением трофики и образованием пролежня. Описания случая проникновения камня через диафрагму в плевральную полость с образованием гидроторакса, плеврита и абсцесса в доступной литературе мы не встретили. Приводим собственное наблюдение.

Пациентка Я., 75 лет, поступила в начале ноября 2012 г. в отделение торакальной хирургии 23 ГКБ с жалобами на умеренный боли в правой половине грудной клетки, общую слабость, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,8 °С.

Из анамнеза стало известно, что мочекаменной болезнью страдает с 1960 г. В 1976 г., согласно медицинской документации, формировался коралловидный камень правой почки. В 1993 г. была оперирована по поводу камня левого мочеточника, а в 2011 г. пациентке в связи с наличием нефункционирующей правой почки с коралловидными камнями, гидронефрозом предложена нефрэктомия справа, от операции отказалась.

В последующем были неоднократные случаи госпитализации в отделение торакальной хирургии (по месту жительства) по поводу обострения хронической эмпиемы плевры с атимикробной терапией и выполнением плевральных пункций. Ухудшение состояния – с начала ноября 2012 г., в связи с интенсивными болями в правой половине грудной клет-

ки, общей слабостью, лихорадкой. Госпитализирована в отделение торакальной хирургии ГКБ № 23. При поступлении состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома, сознание ясное.

ЧСС – 80 в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, справа в задне-базальных отделах ослаблено, ниже угла лопатки справа – влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 20 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. В общеклиническом анализе крови: гемоглобин – 81 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $446 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 60 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, креатинин – 109 мкмоль/л, билирубин – 6 мкмоль/л, АлАТ – 22 МЕ/л, АсАТ – 27 МЕ/л.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачная, рН – 5, относительная плотность – 1015 г/л; эпителий плоский – большое количество, лейкоциты 25–30 в поле зрения, слизь – значительное количество. По данным рентгенографии органов грудной клетки, выполненной при поступлении в стационар, в области правого синуса определяется затенение и визуализируется контрастная тень – инородное тело размером 2,5×2 см. в проекции S₉ правого легкого. На обзорной рентгенограмме органов мочевыделительной системы: тень коралловидного камня правой почки и контрастного конкремента размером 2,5×2 см. в проекции S₉ правого легкого, в проекции левой почки визуализируются тени,



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов мочевыделительной системы

подозрительные на конкременты на уровне первого, второго и четвертого поясничных позвонков (рис. 1). Компьютерная томография проекции грудной клетки и почек представлена на рис. 2.

При динамической сцинтиграфии почек отмечается легкая степень нарушения накопительно-выделительной функции левой почки. Отсутствие визуализации правой почки. Нарушение уродинамики.

На основании вышеизложенных результатов обследования больной был установлен следующий диагноз: «Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень правой почки. Не функционирующая вторично сморщенная правая почка. Камни левой почки. Хронический калькулезный пиелонефрит. Хроническая почечная недостаточность II стадии. Миграция камня в плевральную область справа с образованием правосторонней хронической эмпиемы плевры, осумкованного гемопневмоторакса, сообщающегося с паранефральной клетчаткой».

Сопутствующий диагноз: «ИБС: постинфарктный (от 1996 г.) кардиосклероз. Стенокардия напряжения 2 ФК. Артериальная гипертензия 3-й степени».

На консилиуме специалистов обсуждались несколько вариантов предполагаемого лечения больной. В их числе: 1) операция торакофренолюмботомия справа с нефрэктомией и декортикацией правого легкого; 2) люмботомия справа с нефрэктомией и удалением инородного тела (камня) из правой плевральной полости через диафрагму (эндоскопически, под рентгеноконтролем, контролем УЗИ) с последующим дренированием

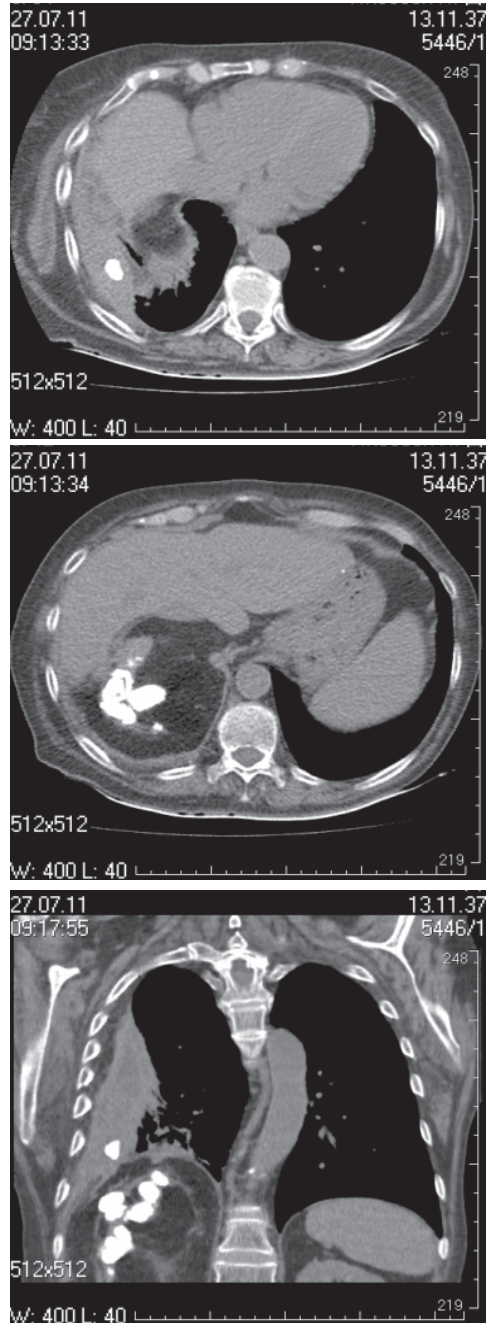


Рис. 2. Компьютерные томограммы проекции грудной клетки и почек

гнойных очагов; 3) консервативное лечение, направленное на обеспечение нормальной жизнедеятельности.

Учитывая возраст больной, давность заболевания (более 20 лет), хороший ответ на



антибактериальную терапию, отсутствие за время заболевания клинических и рентгенологических признаков прогрессирования, наличие камней в левой почке с нарушением ее функции, высокую травматичность операции в плевральной полости и забрюшинном пространстве справа, в т. ч. наличие сопутствующих заболеваний, было принято

решение от оперативного лечения воздержаться.

На фоне антимикробной и противопалительной терапии отмечен регресс интоксикационного и болевого синдромов.

Больная выписана из стационара под динамическое наблюдение врачей поликлинического звена.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616-006.81.03-091

Ламоткин И.А. (*ilamotkin@mail.ru*)¹, **Мухина Е.В.** (*mukhina204@gmail.com*)¹, **Капустина О.Г.** (*ksu1707@inbox.ru*)¹, **Кристостурова О.В.** (*kristosturova@mail.ru*)¹, **Рукавицын А.О.** (*rukao@inbox.ru*)² – Патоморфологическая верификация удаляемых меланоцитарных невусов в различных возрастных группах.

¹Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва; ²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Проведен анализ частоты встречаемости патоморфологических вариантов удаленных меланоцитарных невусов кожи у лиц пяти возрастных групп. Установлено, что во всех возрастных группах чаще всего удаляются папилломатозные внутридермальные невусы (56,9%) и внутридермальные невусы (29,3%). Невусы Шниц и Рида верифицировались по морфологическим признакам только у лиц 18–29 лет, пограничные невусы – у пациентов до 44 лет, смешанные, внутридермальные и диспластические – во всех возрастных группах.

К л ю ч е в ы е с л о в а: меланоцитарные невусы кожи, патоморфологическая верификация.

Lamotkin I.A., Mukhina E.V., Kapustina O.G., Kristosturova O.V., Rukavitsin A.O. – Pathological verification of removed melanocytic nevi in different age groups. An analysis of the incidence of pathological variants of removed melanocytic skin nevi in patients of five age groups. It was found that in all age groups are most often removed papillomatous intradermal nevi (56,9%) and intradermal nevi (29,3%). Spitz nevi and Reed was verified morphologically only in persons 18–29 years, border nevi – in patients under 44 years old, mixed, intradermal and dysplastic – in all age groups.

К е у о r d s: melanocytic skin nevi, pathomorphological verification.

Проведен ретроспективный анализ 341 случая патоморфологической верификации меланоцитарных невусов у 302 пациентов на базе патологоанатомического отделения ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» за период с января 2011 по декабрь 2013 г. Исследуемые пациенты были разделены на 5 возрастных групп: молодого возраста (18–29 лет) – 56 человек (18,5%); молодого возраста (30–44 года) – 72 человека (23,8%); среднего возраста (45–59 лет) – 89 человек (29,5%); пожилого возраста (60–74 года) – 71 человек (23,5%); старческого возраста (75–89 лет) – 14 человек (4,7%).

У пациентов молодого возраста 18–29 лет ($n=56$) было удалено 58 меланоцитарных новообразований: пограничные невусы – 8 (13,8%); смешанные невусы – 2 (3,4%); внутридермальные невусы – 16 (27,6%); папилломатозные внутридермальные невусы – 1 (1,7%); голубые невусы – 1 (1,7%); невус Шниц – 1 (1,7%); невус Рида – 1 (1,7%).

У пациентов молодого возраста 30–44 лет ($n=72$) было удалено 86 меланоцитарных

новообразований: пограничные невусы – 3 (3,5%); смешанные невусы – 4 (4,7%); внутридермальные невусы – 26 (30,2%); папилломатозные внутридермальные невусы – 48 (55,8%); диспластические невусы – 3 (3,5%); голубые невусы – 2 (2,3%).

У больных среднего возраста ($n=89$) было удалено 99 меланоцитарных новообразований: смешанные невусы – 6 (6,1%); внутридермальные невусы – 28 (28,3%); папилломатозные внутридермальные невусы – 63 (63,6%); диспластические невусы – 1 (1%); голубые невусы – 1 (1%).

У пациентов пожилого возраста ($n=71$) было удалено 84 меланоцитарных новообразований: смешанные невусы – 9 (10,7%); внутридермальные невусы – 26 (31%); папилломатозные внутридермальные невусы – 46 (54,8%); диспластические невусы – 3 (3,6%).

У больных старческого возраста ($n=14$) было удалено 14 меланоцитарных новообразований: внутридермальные невусы – 4 (28,6%); папилломатозные внутридермальные невусы – 9 (64,3%); диспластические невусы – 1 (7,1%).