

Ю. Г. Пак¹, А. Мухамеджанулы¹, Е. С. Бекмуратов¹, К. Т. Бейсенов², Е. А. Шарапатов², Н. Е. Абдихалиев^{2*}

ДВУСТОРОННЕЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ КРУПНОГО КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА

¹ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» (Z05K7M0, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Т. Рыскулова, 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

²Кафедра урологии и андрологии, НАО «Медицинский университет Астана» (010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49а; e-mail: mail@amu.kz)

***Нурислам Еркалиевич Абдихалиев** – Кафедра урологии и андрологии, НАО «Медицинский университет Астана»; 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49а; e-mail: nurislam.abdi2000@gmail.com

В современной урологической практике аномалии развития мочевыделительной системы, такие как уретероцеле, нередко становятся этиологическим фактором развития тяжелых форм мочекаменной болезни. Клинический случай 42-летней пациентки с двусторонним уретероцеле, осложненным крупным конкрементом мочеточника на фоне обструктивной уропатии, демонстрирует возможности современной малоинвазивной хирургии в лечении редких врожденных патологий у взрослых.

В 2025 г. в урологическом отделении ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» (г. Астана, Республика Казахстан) была успешно выполнена симультанная эндоскопическая операция: лазерная инцизия уретероцеле с обеих сторон в сочетании с контактной лазерной литотрипсией. Диагностический алгоритм, основанный на применении мультиспиральной компьютерной томографии, позволил детально верифицировать анатомические особенности порока и плотность конкремента. Несмотря на сложность симультанного вмешательства, операция характеризовалась минимальной инвазивностью и отсутствием интраоперационных осложнений. В послеоперационный период наблюдалась положительная динамика: достигнута полная деструкция камня, восстановлена адекватная уродинамика и стабилизирована функция почек (скорость клубочковой фильтрации 86-89 мл/мин/1,73 м²). Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии, что подтверждает высокую эффективность выбранной тактики.

Анализ приведенного случая из практики в контексте современной литературы показывает, что симультанные лазерные вмешательства позволяют существенно сократить сроки стационарного лечения, минимизировать анестезиологическую нагрузку и избежать этапности операций. Такой подход не только снижает риск развития ятрогенных осложнений, но и способствует скорейшей социально-трудовой реабилитации пациентов. Представленный клинический случай подчеркивает, что трансуретральная лазерная уретеротомия является безопасным, экономически оправданным и золотым стандартом лечения уретероцеле, обеспечивая надежную профилактику рецидивов обструкции и сохранение почечного резерва.

Ключевые слова: уретероцеле; мочекаменная болезнь; лазерная уретеротомия; контактная литотрипсия; клинический случай

ВВЕДЕНИЕ

Уретероцеле представляет собой врожденную аномалию развития мочевыделительной системы, характеризующуюся кистовидным расширением интрамурального сегмента мочеточника с пролабированием его стенки в полость мочевого пузыря [1, 9]. Актуальность данной проблемы обусловлена не только анатомическим дефектом, но и каскадом вторичных патологических изменений. Взрослая популяция пациентов сталкивается с уретероцеле значительно реже, чем педиатриче-

ская, причем двустороннее поражение ортотопического типа (в пределах мочепузырного треугольника) диагностируется лишь в 10-12% случаев [2].

Патогенетически уретероцеле приводит к выраженной обструкции мочевых путей, нарушению ламинарного тока мочи и ее хроническому застою. Согласно данным литературы, это становится триггером для формирования вторичных конкрементов (уролитиаза) в 39% наблюдений. Крупные камни, локализованные внутри полости уретероцеле, создают эффект клапана, что про-



Рисунок 1 – МСКТ картина двустороннего уретероцеле

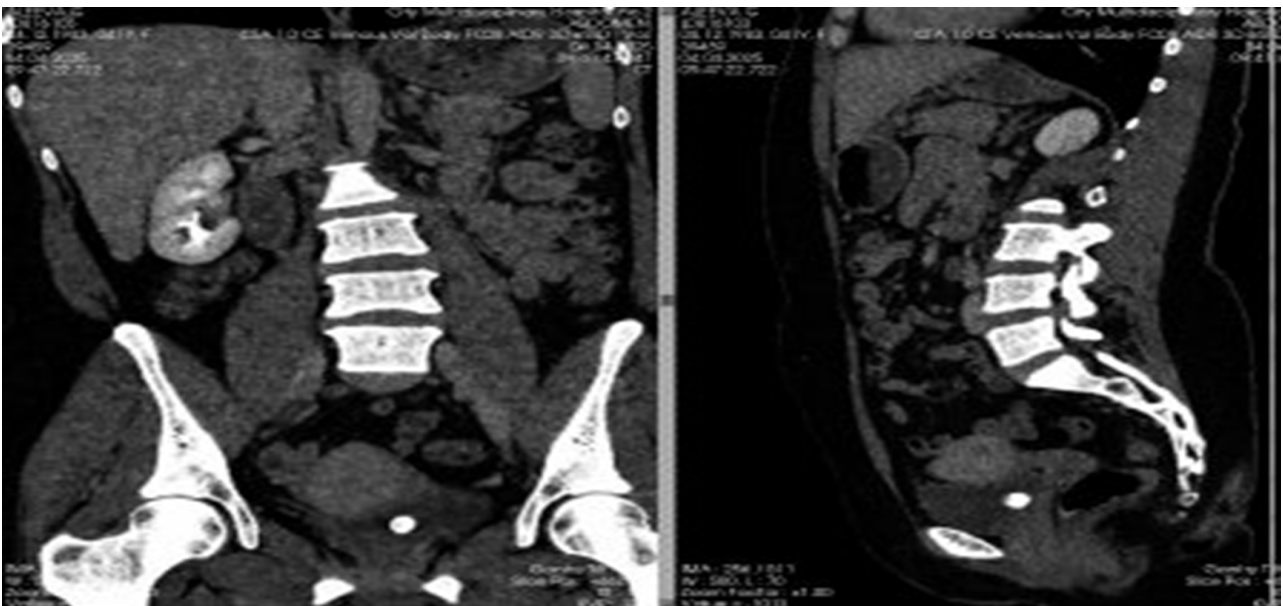


Рисунок 2 – МСКТ картина конкремента нижней трети левого мочеточника размером 8,3х7,7х9,4 мм (рентгенологическая плотность 1213 HU)

воцирует развитие гидроуретеронефроза, хронического пиелонефрита и, в конечном итоге, прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Несмотря на многообразие хирургических подходов, трансуретральная лазерная инцизия остается методом выбора благодаря сочетанию радикальности и минимальной инвазивности [3].

В статье на основе собственного клинического опыта представлен случай успешного симультанного эндоскопического вмешательства – лазерной инцизии и контактной литотрипсии у пациентки с двусторонним уретероцеле, осложненным крупным конкрементом мочеточника.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка К., 42 г., была госпитализирована в урологическое отделение ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2» (г. Астана, Республика Казахстан) в плановом порядке. При поступлении предъявляла жалобы на периодические ноющие боли в левой поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область, а также на эпизоды затрудненного, учащенного мочеиспускания.

Анамнез заболевания: указанные жалобы беспокоили пациентку в течение последних 6 мес. Пациентка самостоятельно принимала спазмолитики с временным эффектом. При амбулатор-



Рисунок 3 – Установка двух внутренних стенто-катетеров в оба мочеточника

ном обследовании по данным ультразвукового исследования (УЗИ) было заподозрено наличие кистозного образования в области шейки мочевого пузыря и конкремент левого мочеточника, что послужило основанием для направления на стационарное лечение.

Объективный статус: состояние пациентки удовлетворительное. Симптом поколачивания слабоположительный слева. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Лабораторно: уровень креатинина составил 71,88 мкмоль/л (СКФ 113,2 мл/мин/1,73 м² по формуле CKD-EPI), лейкоцитурии и бактериурии на момент поступления не выявлено.

Инструментальная диагностика: ключевым этапом верификации диагноза стала мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости и малого таза с контрастированием. На сериях томограмм было визуализировано: справа – уретероцеле ортотопического типа, вызывающее расширение мочеточника до 10 мм; слева – массивное уретероцеле, в полости которого локализован плотный конкремент размером 8,3x7,7x9,4 мм (рентгенологическая плотность 1213 НУ). Выше места обструкции была зарегистрирована выраженная уретероэктазия до 14 мм; дополнительно была выявлена простая киста правой почки (Bosniak I) диаметром 22 мм, не требующая оперативного вмешательства.

Учитывая наличие двусторонней обструкции, выраженную уретероэктазию и наличие крупного конкремента, было принято решение о проведении одномоментной (симультанной) эндоскопической коррекции. Под спинальной анестезией в литотомическом положении выполнены следующие этапы:

- Цистоскопия. При осмотре полости мочевого пузыря были визуализированы два характерных пролабирующих образования в проекции правого и левого устьев. Левое уретероцеле было значительно напряжено и деформировано за счет фиксированного в нем конкремента.

- Лазерная уретеротомия. С использованием гольмиевого лазера (Ho:YAG, параметры: энергия 1.2 Дж, частота 15 Гц) была осуществлена прецизионная поперечная инцизия передних стенок обоих уретероцеле. После вскрытия полости слева был визуализирован крупный пигментированный конкремент плотной структуры.

- Контактная литотрипсия. Была выполнена фрагментация камня левого мочеточника в высокочастотном режиме Dusting (распыление в пыль) до мелких фракций. Остаточные крупные фрагменты были успешно эвакуированы с помощью безкончиковой корзины-ловушки из нитинола.

- Дренирование. После достижения полной санации мочевых путей и визуального подтверждения проходимости обоих устьев, операция была завершена установкой двух внутренних стент-катетеров типа Double J (размер Ch 6, длина 26 см) в оба мочеточника. Данная манипуляция выполнена с целью профилактики послеоперационного реактивного отека, предупреждения рубцовой деформации (рестеноза) устьев и обеспечения беспрепятственного пассажа мочи в раннем послеоперационном периоде.

Продолжительность оперативного вмешательства составила 60 мин, из которых на этап лазерной уретеротомии с обеих сторон потребовалось 25 мин, на контактную литотрипсию и литоэкстракцию слева – 35 мин. Объем интраоперационной кровопотери был минимальным и составил около 20 мл, что исключило необходимость гемотрансфузии. Манипуляции проводились в едином литотомическом положении, что позволило избежать дополнительной травматизации и сократить время нахождения пациента под анестезией.

В ранний послеоперационный период отмечалась положительная динамика; состояние пациентки оставалось стабильным, без признаков системной воспалительной реакции и геморрагических осложнений. В соответствии с принципами ранней реабилитации, активизация пациентки в пределах палаты была начата сразу после полного восстановления моторной и сенсорной функций на фоне купирования эффекта регионарной анестезии.

Мочевой катетер, установленный интраоперационно, был удален на 1 сут, после чего восстановилось самостоятельное адекватное мочеиспускание. Лабораторный контроль на 2 сут продемонстрировал стабильность показателей азотистого обмена (креатинин – 72,4 мкмоль/л, мочевины – 4,8 ммоль/л), что подтверждало сохранность функции почек после устранения дву-

сторонней обструкции. Терапия включала в себя кратковременный курс антибактериальной профилактики (цефалоспорины III поколения), нестероидные противовоспалительные средства с целью анальгезии и адекватную водную нагрузку. На 3 сут по результатам УЗИ было отмечено значительное сокращение полостных систем обеих почек, тени стентов визуализировались в проекции мочеточников без признаков дислокации.

На фоне лечения отмечалось полное купирование болевого синдрома и дизурических явлений. На 5 сут после вмешательства пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана под амбулаторное наблюдение уролога по месту жительства. Через 4 нед. в плановом порядке было выполнено удаление стентов-катетеров. Контрольное обследование через 14 сут после дестентирования (результаты УЗИ органов мочевой системы и лабораторного мониторинга) подтвердило отсутствие резидуальных конкрементов и признаков эктазии чашечно-лоханочной системы с обеих сторон. Полное восстановление уродинамики и стабильная функция почек подтвердили высокую эффективность и безопасность выбранной симультанной тактики лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Двустороннее уретероцеле у взрослых – это редкий клинический феномен, частота которого не превышает 10-15% всех случаев данной аномалии. Основная опасность заключается в скрытом прогрессировании хронической болезни почек из-за постоянного высокого давления в верхних мочевых путях [5].

В представленном случае продемонстрировано классическое осложнение – вторичный уrolитиаз. Стаз мочи в полости уретероцеле создает идеальные условия для кристаллизации и роста камней, которые в свою очередь усугубляют обструкцию. Плотность конкремента (1213 НУ) указывала на его оксалатную природу, что делало невозможным консервативное изгнание. Сравнивая полученный опыт с данными литературы, например, исследованиями О. N. Atta [3] и K. Ghanem [1], следует отметить, что симультантный подход (одновременная коррекция обеих сторон) является экономически и клинически оправданным. Это снижает количество курсов антибиотикотерапии и общую анестезиологическую нагрузку на пациента. Использование лазерных технологий позволило добиться высокой точности разреза (инцизии) с одновременным гемостазом, что критично для профилактики послеоперационных стриктур [3].

Дополнительно полученные результаты согласуются с данными А. А. Shokeir et al., которые подчеркивают, что эндоскопическая декомпрессия уретероцеле у взрослых в 90% случаев приводит к немедленному улучшению функции почек и

исчезновению симптомов обструкции. В отличие от педиатрической практики, где чаще требуется реконструкция, у взрослых трансуретральная инцизия является окончательным методом лечения [4].

Исследования С. А. D'Ancona также подтверждают, что использование гольмиевого лазера превосходит электрохирургическую резекцию в вопросах точности формирования нового устья мочеточника [5]. Минимальное термическое повреждение тканей при лазерном воздействии, отмеченное в приведенном клиническом случае, коррелирует с выводами В. К. Somanі о снижении риска пузырно-мочеточникового рефлюкса и стеноза в отдаленном периоде [7].

Вопрос двустороннего дренирования, примененного у пациентки, находит поддержку в работе D. Borchert et al., в которой авторы указывают на необходимость временного стентирования после симультантных операций на обоих мочеточниках. Это позволяет избежать транзитной анурии из-за отека слизистой в зоне вмешательства [10].

Мониторинг СКФ показал временное снижение функции (до 86 мл/мин/1,73 м²) через месяц, что связано с периодом адаптации почечной паренхимы к изменившейся внутрилоханочной динамике и наличием инородных тел (стентов) в просвете мочеточников. Однако купирование гидроуретеронефроза по данным УЗИ свидетельствует о благоприятном долгосрочном прогнозе.

ВЫВОДЫ

1. МСКТ-урография является золотым стандартом диагностики уретероцеле, позволяющим не только верифицировать аномалию, но и оценить функциональное состояние почек и характеристики сопутствующих конкрементов.

2. Лазерная инцизия уретероцеле в сочетании с контактной литотрипсией обеспечивает минимальную инвазивность при максимальной клинической эффективности, позволяя ликвидировать двустороннюю обструкцию за один этап.

3. Двустороннее стентирование является патогенетически обоснованным завершением операции, предотвращающим развитие отека устьев и обеспечивающим профилактику рецидива обструкции.

4. Своевременное выявление и хирургическое лечение уретероцеле у взрослых позволяет остановить деградацию почечной функции и избежать развития терминальной почечной недостаточности.

Вклад авторов:

Ю. Г. Пак – концепция и дизайн исследования.

Е. Р. Жиенбаев, А. М. Мухамеджанулы – сбор и обработка материала.

Н. Е. Абдихалиев, Е. С. Бекмуратов – статистическая обработка.

Н. Е. Абдихалиев, Е. А. Шарапатов – написание текста.

Н. Е. Абдихалиев, Е. А. Шарапатов – редактирование.

Конфликт интересов:

Конфликт интересов не заявлен.

Прозрачность исследования:

Авторы утверждают, что полностью отвечают за содержание статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ghanem K., Leslie S.W., Badreldin A.M. *Ureterocele*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597362/>
2. *EAU Guidelines on Urolithiasis*. European Association of Urology. <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis/chapter/guidelines>
3. Atta O.N., Alhawari H.H., Murshidi M.M., Tarawneh E., Murshidi M.M. An adult ureterocele complicated by a large stone: A case report. *Int. J. Surg. Case. Rep.* 2018; 44: 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.02.035>
4. Shokeir A.A., Nijman J.M. Ureterocele: an ongoing challenge in infancy and childhood. *BJU International*. 2002; 90: 777-783. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2002.02998.x>
5. Gnech M., Bebi C., Rotondi G., Thomas E., Minoli D.G., De Marco E.A., Mitzman F., Santangelo E., Fanti F., Manzoni G., Berrettini A. Endoscopic incision of ureterocele. *J. Pediatr. Urol.* 2024; 20 (6): 1221-1222. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2024.09.010>
6. Gupta R., Gupta S., Khan D., Basu S. Bilateral Single System Orthotopic Ureterocele with Bilateral Multiple Calculi Presented with Retention of Urine - an Urological Emergency. *J. Clin. Diagn. Res.* 2017; 11 (7): PD01-PD02. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28054.10134>
7. Somani B.K., Giusti G., Sun Y., Osther P.J., Frank M., De Sio M., Turna B., de la Rosette J. Complications associated with ureterorenoscopy (URS) related to treatment of urolithiasis: the Clinical Research Office of Endourological Society URS Global study. *World J. Urol.* 2017; 35 (4): 675-681. <https://doi.org/10.1007/s00345-016-1909-0>
8. Türk C., Petřík A., Sarica K., Seitz C., Skolarikos A., Straub M., Knoll T. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur. Urol.* 2016; 69 (3): 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.07.041>
9. Schultz K., Todab L.Y. Genetic Basis of Ureterocele. *Curr. Genomics.* 2016; 17 (1): 62-69. <https://doi.org/10.2174/1389202916666151014222815>
10. Borchert D., Sheridan L., Papatsoris A., Faruqu Z., Barua J.M., Junaid I., Pati Y., Chingwundoh F., Buchholz N. Prevention and treatment of urinary

tract infection with probiotics: Review and research perspective. *Indian J. Urol.* 2008; 24 (2): 139-144. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.40604>

11. Timberlake M.D., Corbett S.T. Minimally Invasive Techniques for Management of the Ureterocele and Ectopic Ureter: Upper Tract Versus Lower Tract Approach. *Urologic Clinics of North America*. 2014; 42 (1). <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2014.09.006>

12. Abedi A.R., Razzaghi M., Montazeri S., Allameh F. The Trends of Urolithiasis Therapeutic Interventions over the Last 20 Years: A Bibliographic Study. *J. Lasers Med. Sci.* 2021; 12: e14. <https://doi.org/10.34172/jlms.2021.14>

ТРАНСЛИТЕРАЦИЯ

1. Ghanem K., Leslie S.W., Badreldin A.M. *Ureterocele*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597362/>
2. *EAU Guidelines on Urolithiasis*. European Association of Urology. <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis/chapter/guidelines>
3. Atta O.N., Alhawari H.H., Murshidi M.M., Tarawneh E., Murshidi M.M. An adult ureterocele complicated by a large stone: A case report. *Int. J. Surg. Case. Rep.* 2018; 44: 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.02.035>
4. Shokeir A.A., Nijman J.M. Ureterocele: an ongoing challenge in infancy and childhood. *BJU International*. 2002; 90: 777-783. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2002.02998.x>
5. Gnech M., Bebi C., Rotondi G., Thomas E., Minoli D.G., De Marco E.A., Mitzman F., Santangelo E., Fanti F., Manzoni G., Berrettini A. Endoscopic incision of ureterocele. *J. Pediatr. Urol.* 2024; 20 (6): 1221-1222. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2024.09.010>
6. Gupta R., Gupta S., Khan D., Basu S. Bilateral Single System Orthotopic Ureterocele with Bilateral Multiple Calculi Presented with Retention of Urine - an Urological Emergency. *J. Clin. Diagn. Res.* 2017; 11 (7): PD01-PD02. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28054.10134>
7. Somani B.K., Giusti G., Sun Y., Osther P.J., Frank M., De Sio M., Turna B., de la Rosette J. Complications associated with ureterorenoscopy (URS) related to treatment of urolithiasis: the Clinical Research Office of Endourological Society URS Global study. *World J. Urol.* 2017; 35 (4): 675-681. <https://doi.org/10.1007/s00345-016-1909-0>
8. Türk C., Petřík A., Sarica K., Seitz C., Skolarikos A., Straub M., Knoll T. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur. Urol.* 2016; 69 (3): 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.07.041>
9. Schultz K., Todab L.Y. Genetic Basis of Ureterocele. *Curr. Genomics.* 2016; 17 (1): 62-69. <https://doi.org/10.2174/1389202916666151014222815>

10. Borchert D., Sheridan L., Papatsoris A., Faruq Z., Barua J.M., Junaid I., Pati Y., Chingwundoh F., Buchholz N. Prevention and treatment of urinary tract infection with probiotics: Review and research perspective. *Indian J. Urol.* 2008; 24 (2): 139-144. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.40604>

11. Timberlake M.D. Corbett S.T. Minimally Invasive Techniques for Management of the Ureterocele and Ectopic Ureter: Upper Tract Versus Lower Tract Approach. *Urologic Clinics of North*

America. 2014; 42 (1). <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2014.09.006>

12. Abedi A.R., Razzaghi M., Montazeri S., Allameh F. The Trends of Urolithiasis Therapeutic Interventions over the Last 20 Years: A Bibliographic Study. *J. Lasers Med. Sci.* 2021; 12: e14. <https://doi.org/10.34172/jlms.2021.14>

Поступила 03.12.2025

Направлена на доработку 14.01.2026

Принята 14.02.2026

Опубликована online 30.09.2026

Yu. G. Pak¹, A. Mukhamedzhanuly¹, E. S. Bekmuratov¹, K. T. Beisenov², E. A. Sharapatov², N. E. Abdikhaliyev^{2*}

CLINICAL CASE OF A BILATERAL URETEROCELE WITH FORMATION OF A LARGE URETERAL CALCULUS

¹SME on REM «Municipal multidisciplinary Hospital No. 2» (Z05K7M0, Republic of Kazakhstan, Astana c., T. Ryskulova str., 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

²Department of Urology and Andrology, NC JSC «Astana Medical University (010000, Republic of Kazakhstan, Astana c., Beibitshilik str., 49a; e-mail: mail@amu.kz)

***Nurislam Abdikhaliyev** – Department of Urology and Andrology, NC JSC «Astana Medical University; 010000, Republic of Kazakhstan, Astana c., Beibitshilik str., 49a; e-mail: nurislam.abdi2000@gmail.com

In modern urological practice, anomalies of the urinary system development, such as ureterocele, often become an etiological factor for severe forms of urolithiasis. This clinical case of a 42-year-old female patient with bilateral ureterocele complicated by a large ureteral stone amidst obstructive uropathy demonstrates the capabilities of modern minimally invasive surgery in treating rare congenital pathologies in adults. In 2025, at the urological department of the SME on REM «Municipal multidisciplinary Hospital No. 2» (Astana c., Republic of Kazakhstan), a simultaneous endoscopic operation was successfully performed: bilateral laser ureterocele incision combined with contact laser lithotripsy.

The diagnostic algorithm, based on multispiral computed tomography, allowed for a detailed verification of the anatomical features of the malformation and the density of the calculus. Despite the complexity of the simultaneous intervention, the operation was characterized by minimal invasiveness and an absence of intraoperative complications. A positive clinical trend was observed in the postoperative period: complete stone destruction was achieved, adequate urodynamics were restored, and renal function was stabilized (glomerular filtration rate 86-89 mL/min/1.73 m²). The patient was discharged in satisfactory condition, confirming the high efficiency of the chosen strategy.

Analysis of this case within the context of current literature shows that simultaneous laser interventions significantly reduce the duration of inpatient treatment, minimize the anesthetic burden, and avoid staged surgeries. This approach not only reduces the risk of iatrogenic complications but also facilitates the rapid socio-occupational rehabilitation of patients. The presented clinical case emphasizes that transurethral laser ureterotomy is a safe, cost-effective, and gold standard treatment for ureterocele, providing reliable prevention of recurrent obstruction and preservation of the renal reserve.

Key words: ureterocele; urolithiasis; laser ureterotomy; contact lithotripsy; clinical case.

Ю. Г. Пак¹, А. Мұхамеджанұлы¹, Е. С. Бекмұратов¹, К. Т. Бейсенов², Е. А. Шарапатов², Н. Е. Абдихалиев^{2*}

СОЛ ЖАҚ НЕСЕПАҒАРДЫҢ ІРІ ТАСЫМЕН АСҚЫНҒАН ЕКІ ЖАҚТЫ УРЕТЕРОЦЕЛЕНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

¹«№2 қалалық көпбейінді аурухана» ШЖҚ МКК (Z05K7M0, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Т. Рысқұлов к-сі, 6; e-mail: gmb2_office@astanaclinic.kz)

²Урология және андрология кафедрасы, «Астана медицина университеті» КеАҚ (010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Бейбітшілік к-сі, 49а; e-mail: mail@amu.kz)

***Нурислам Еркалиевич Абдихалиев** – Урология және андрология кафедрасы, «Астана медицина университеті» КеАҚ; 010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Бейбітшілік к-сі, 49а; e-mail: nurislam.abdi2000@gmail.com

Қазіргі урологиялық тәжірибеде уретероцеле сияқты зәр шығару жүйесінің дамуындағы ауытқулар көбінесе уролитияның ауыр түрлерінің дамуының этиологиялық факторына айналады. Обструктивті уропатия аясында несеп-тас ауруының үлкен конкрементімен асқынған екі жақты уретероцеле бар 42 жастағы науқастың клиникалық жағдайы ересектердегі сирек туа біткен патологияларды емдеуде заманауи аз инвазивті хирургияның мүмкіндіктерін көрсетеді.

2025 жылы «№2 қалалық көпсалалы аурухана» ШЖҚ МКК урологиялық бөлімшесінде (Астана қ., Қазақстан Республикасы) симульт эндоскопиялық операция сәтті орындалды: контактілі лазерлік литотрипсиямен ұштастыра отырып, екі жақтан уретероцеле лазерлік инцизиясы. Мультиспиральды компьютерлік томографияны қолдануға негізделген диагностикалық алгоритм ақаулардың анатомиялық ерекшеліктерін және конкремент тығыздығын егжей-тегжейлі тексеруге мүмкіндік берді. Симуляциялық араласудың күрделілігіне қарамастан, операция минималды инвазивтілікпен және операция ішілік асқинулардың болмауымен сипатталды. Операциядан кейінгі кезеңде оң динамика байқалды: тастың толық жойылуына қол жеткізілді, адекватты уродинамика қалпына келтірілді және бүйрек қызметі тұрақтандырылды (гломерулярлық сүзу жылдамдығы 86-89 мл/мин/1,73 м²). Науқас қанағаттанарлық жағдайда шығарылды, бұл таңдалған тактиканың жоғары тиімділігін растайды.

Қазіргі әдебиеттер контекстіндегі тәжірибеден келтірілген жағдайды талдау симуляциялық лазерлік араласулар стационарлық емдеу уақытын едәуір қысқартуға, анестезиологиялық жүктемені азайтуға және операциялар кезеңділігін болдырмауға мүмкіндік беретіндігін көрсетеді. Бұл тәсіл ятрогендік асқинулардың даму қаупін азайтып қана қоймайды, сонымен қатар пациенттерді тезірек әлеуметтік-еңбектік оңалтуға ықпал етеді. Ұсынылған клиникалық жағдай трансуретральды лазерлік уретеротомия уретероцелді емдеудің қауіпсіз, экономикалық тұрғыдан негізделген және алтын стандарты болып табылады, бұл обструкцияның қайталануының сенімді алдын алуды және бүйрек қорын сақтауды қамтамасыз етеді.

Кілт сөздер: уретероцеле; несеп-тас ауруы; лазерлік уретеротомия; контактілі литотрипсия; клиникалық жағдай