

Материалы и методы. В клинике на лечении находилось 28 больных с диагнозом АМЛ. Возраст пациентов от 25 до 59 лет, женщин - 22, мужчин - 6. При опухолях значительных размеров преимущественно встречается триада симптомов: боль, гематурия, пальпируемая опухоль. У 15 больных госпитализированных в клинику выявлены боли в поясничной области, гематурия – у 5, пальпируемая опухоль – у 3 пациентов. Иногда АМЛ протекает с отсутствием каких либо признаков, характерных для опухоли почки – у 5 больных. Применение почечной ангиографии при АМЛ выявляет выраженную, патологическую васкуляризацию характерную и для рака почки. В 2 наблюдениях больные оперированы с диагнозом рак почки, гистологически выявлена АМЛ почки.

При УЗИ почек у 26 пациентов на фоне ЧЛС и однородной паренхимы лоцируется светлосерое образование, куполообразно растущее в почке. При КТ у 26 больных в корковом слое почки выявлена неомогенная опухоль, в структуре которой преобладают участки низкоплотных жировых включений, а при преобладании в опухоли мышечных элементов АМЛ представляется изохогенным образованием. У 2 больных для дифференцирования АМЛ с почечно - клеточным раком почки, пришлось прибегнуть к пункционной биопсии с целью морфологической верификации диагноза.

Все больные оперированы. Нефрэктомия произведена 17 пациентам, из них 2 с самопроизвольным разрывом почки с образованием забрюшинной гематомы. У 9 больных с АМЛ до 5см и локализацией в полюсе выполнена резекция почки, энуклеация опухоли произведена 2 пациентам.

Результаты. В послеоперационном периоде больные получали стандартное антибактериальное и симптоматическое лечение. Осложнений и летальных исходов не было. При обследовании оперированных больных в отдаленный период (от 2 до 10 лет) рецидивов опухоли не выявлено.

Заключение. Улучшение дооперационной диагностики АМЛ стало возможным при активном использовании УЗИ и КТ, МРТ почек. В сомнительных случаях следует прибегнуть к пункционной биопсии опухоли. Основным методом лечения АМЛ почки является хирургический: нефрэктомия или резекция почки.

Значение мультиспиральной компьютерной томографии в выборе метода лечения нефролитиаза

Кансаргин Ф.П., Бургаев В.Ю., Лосева О.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск» ОАО РЖД, г.Красноярск.

Введение. Впервые компьютерную томографию в урологии применили A.S. Pickering (1974), R.S. Vreiman (1981). Ими доказано, что это наиболее точный неинвазивный метод, позволяющий структурно визуализировать структуру, объем тканей и органов. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) дает возможность не только визуализировать конкремент, но и выполнить реконструкцию изображения в любой проекции для оценки взаимоотношения с окружающими структурами.

Цель работы - определение роли МСКТ в выборе метода лечения нефролитиаза.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 29 пациентов, страдающих нефролитиазом. Помимо традиционных лучевых методов обследования им выполнено МСКТ с 3D визуализацией, а так же компьютерная денситометрия.

Необходимость компьютерной томографии в диагностике мочекаменной болезни, обусловлено наличием R – негативных камней, несоответствием данных ультразвукового и рентгенологического обследования. МСКТ позволила получить у 12 пациентов точные данные о локализации и количестве конкрементов. В пяти случаях имело место сочетание мочекаменной болезни с объемными образованиями почек. Определение плотности конкрементов, а также строение ЧЛС почки являлось критерием для выбора тактики опера-