

тивного лечения камней почек. При низкой плотности конкрементов (450–970 ед НУ) ДЛТ была выполнена 5 больным с размерами камней в пределах 15–23 мм. Пиелолитотомия из минидоступа при внепочечной лоханке произведена 9 больным. Плотность камней колебалась от 730 до 1200 ед.НУ, а размеры – от 15 до 35 мм. При наличии конкрементов (в том числе и множественных) с высокой плотностью и внутрипочечной чашечно-лоханочной системе у 7 больных выполнена перкутанная нефролитолапаксия. Плотность камней составила 900 – 1400 ед.НУ, размеры – 15 - 24мм. У трех пациентов с коралловидным нефролитиазом К-II, К-III так же с высокой плотностью камней , произведена комбинированная нефролитотомия. Во всех случаях при контрольном обследовании перед выпиской – резидуальных камней не обнаружено. У двух пациентов, где имело место сочетание камня и кисты почки пиелолитотомия из минидоступа сопровождалось с одномоментным иссечением кисты. У трех больных с мочекаменной болезнью при проведении МСКТ диагностирована опухоль почки, что явилось показанием для нефрэктомии из лапаротомного доступа.

Выводы. Таким образом, размеры камня, денсиметрическая плотность и особенности анатомо-функционального состояния почки являются значимыми факторами при выборе метода лечения и его прогностической эффективности. Кроме этого МСКТ является наиболее информативным методом при рентгеннегативных камнях мочеточника и почек.

Эндокавитальное и трансабдоминальное сканирование в алгоритме ультразвуковой диагностики каменной обструкции мочеточников

Махотин А.А., Шевела А.И.

Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г.Новосибирск.

Повышение точности ранней диагностики причин, уровня и характера обструктивных уropатий (ОУ), возможность их мониторингования, дифференциальной диагностики фланковых и гипогастриальных болей – актуальные проблемы урологии, экстренной хирургии и УЗ диагностики.

Цель: повышение точности УЗ метода в диагностике конкрементов мочеточников.

Материал и методы. УЗИ производились на сканерах Voluson-730,Kretz (Австрия) и EUB-405, Hitachi (Япония) конвексными датчиками: 5/3,5 МГц, 40R абдоминального и 6,5/5 МГц, 10R эндокавитального сканирования (ЭКС). Применялся алгоритм трансабдоминального сканирования (ТАС) обоснованно дополненный ЭКС. Ретроспективному анализу подвергнуты 641 последовательных случаев почечной колики за период с 1998 - 2008 гг., где ТАС было дополнено ЭКС. Комплекс методов эталонного контроля: экскреторная урография (ЭУ), интраоперационная верификация, информация о камневыведении.

Результаты и обсуждение. В 341(52 %) болевой синдром был обусловлен камнеотхождением. Конкременты задерживались в верхней трети мочеточников в 107(31,5%) случаях, средней трети - в 34(10%), в околопузырном отделе - в 130 (38%), в интрамуральном - в 70(20,5%) случаях. При ТАС выявлено 62% конкрементов различных отделов мочеточников, при дополнении обследования методикой ЭКС в 93% случаев; причём 31% конкрементов - конкременты нижней трети мочеточника выявлены только при ЭКС. В нижней трети мочеточника при ТАС в основном регистрировались конкременты интрамурального отдела, в то время как при эндокавитальном доступе дополнительно выявлялись конкременты околопузырного отдела мочеточника, лишь 1 из 10 конкрементов околопузырного отдела установлен при ТАС и 9 из 10 - при ЭКС. Среднее затратное время исследования составило 8 минут, время ожидания исследования не превышало 60 минут. При сопоставимой с ЭУ и КТ точности, УЗ метод в предложенном алгоритме не несёт рисков инвазии, анафилактикоидных реакций, контрастиндуцированных нефропатий, стохастических эффектов лучевой нагрузки, доступен, выгоден и быстро выполняем.