

бляшками фиброзной структуры рекомендовано консервативное лечение, пациентам с кальцинированными бляшками – сочетание консервативной терапии с ДУВТ. Двум пациентам с циркулярными кальцинированными бляшками и выраженной эректильной деформацией рекомендовано оперативное лечение.

Эхографическая диагностика обструкции верхних мочевых путей при уrolитиазе

Новиков А.И.¹⁾, Назаров Т.Н.¹⁾, Александров В.П.¹⁾, Трубникова К.Е.²⁾

Кафедра урологии и андрологии, ГОУ ДПО СЗБМАПО, г.Санкт-Петербург.

Отделение лучевой диагностики, ²СПбГУЗ «Консультативно-диагностический центр для детей», г.Санкт-Петербург;

Введение. Для определения тактики лечения больных уrolитиазом важное значение имеет не только локализация, но и степень обструкции верхних мочевых путей. Благодаря развитию ультразвуковой техники появилась возможность регистрации не только потоков крови в сосудистых структурах, но и потоков из терминальных отделов мочеточников.

Целью исследования является улучшение диагностики обструкции верхних мочевых путей при уrolитиазе.

Материал и методы. Обследовано 32 пациента (первая группа) с «почечной коликой» и подозрением на обструкцию мочевых путей. Мужчин было 17, женщин - 15 в возрасте от 22 до 62 лет. Для сравнения полученных результатов из 20 здоровых людей была образована вторая группа (10 мужчин и 10 женщин в возрасте 20 до 63 лет). Производилась качественная и количественная оценка параметров выброса мочи из устьев мочеточников на ультразвуковом аппарате «SonoAce-8800» с возможностью работы в режимах цветного доплеровского картирования (ЦДК), и импульсной доплерографии (ИДК) для выявления топки и степени обструкции верхних мочевых путей. Условием проведения исследования являлась пероральная водная нагрузка из расчета 10 мл/кг массы тела, при этом исследование начиналось примерно через 20 минут. В норме мочеточниковые выбросы регистрируются с частотой 1-2 в минуту. Исследование проводилось по следующей методике. В режиме ИДК контрольный объем устанавливался максимально близко к устью мочеточника. Оценивали качественные и количественные параметры потоков: наличие и количество выбросов в минуту, форма кривых, максимальная скорость потока, интегральная скорость, средняя скорость, ускорение потока, время ускорения потока, а также индекс асимметрии (как отношение доплерографических показателей здоровой почки и почки при наличии камня в мочеточнике). Максимальные значения количественных показателей спектров скоростей потоков мочеточниковых выбросов получены при наполнении мочевого пузыря от 150 до 350 мл.

Результаты. У 10 (31,3%) пациентов первой группы при ЦДК отсутствовали признаки выделения мочи более 15 минут со стороны почечной колики. Данное состояние нами оценено как «полная обструкция». При визуализации выброса мочи из устья мочеточника в режиме ЦДК мы переходили к оценке его количественных показателей, используя спектральные характеристики. Нами выявлены 2 степени неполной обструкции у пациентов первой группы. Первая выявлена у 12 (37,5%) больных и характеризовалась максимальной скоростью выброса 5 — 15 см/с, временем выброса 10 - 20 секунд и 1-3 выбросами в минуту, при этом менялся спектр потоков. Вторая степень неполной обструкции выявлена у 9 (28,1%) больных и соответственно максимальная скорость выброса составила 4 - 5 см/с, время выброса 20 - 30 секунд и в минуту наблюдалось от 1 до 2 выбросов. Таким образом, при неполной обструкции кривая была лишена характерных пиков и представлена низкой монофазной амплитудой в виде так называемого венозного спектра с низким ускорением потока, большим временем ускорения потока, большим временем выброса, выраженной асимметрией показателей здоровой и больной почек. Во второй группе исследуемых (без