

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО НАВЕДЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Федоришин Р.П., Ковалеренко Л.С.,
Нога Д.А., Ткачуковский А.Ф.
Международный медицинский
центр «New life», г. Киев

Вступление. Точной визуализации конкремента при проведении дистанционной литотрипсии придается не менее важное значение, чем системе генерации ударных волн. Независимо от способа фокусирования на камень (рентгеновского или ультразвукового), критерием работы систем локализации является адекватная визуализация камня и точное сопряжение изображения камня и фокуса ударной волны, которое может теряться при дыхании либо смещении тела пациента. Вот почему необходим непрерывный визуальный контроль зоны фокуса во время проведения сеанса литотрипсии. Использование рентген-наведения на конкремент сопряжено с лучевой нагрузкой на больного и медицинский персонал и неэффективно при рентгеннегативных конкрементах, а также при наложении конкрементов на кости скелета.

Цель. Провести анализ эффективности дистанционной литотрипсии под ультразвуковым наведением у пациентов с камнями верхних мочевыводящих путей.

Материалы и методы. За 2 года работы в клинике Нью Лайф нами проведено 662 сеанса дистанционной литотрипсии под ультразвуковым наведением 441 пациенту с мочекаменной болезнью. Средний возраст пациентов составил 52 года. Размеры конкрементов почек не превышали 30 мм, конкрементов мочеточников колебались от 4 до 18 мм. Дробление проводилось на аппарате Modulith SLK фирмы Storz Medical (Швейцария). Источник ударных волн литотриптера представлен цилиндрической электромагнитной катушкой и параболическим отражателем с интегрированным в него «in-line» ультразвуковым датчиком с частотой работы 3-8 МГц.

Результаты. Благодаря установке терапевтического блока на гибкой, легко перемещаемой терапевтической руке, аппарат позволил проводить дистанционную литотрипсию камней чашечек и лоханок почек, всех отделов мочеточников, мочевого пузыря. Фрагментация конкрементов достигнута у всех пациентов. Под эффективностью дистанционной литотрипсии мы приняли показатель полной и самостоятельной элиминации фрагментов и песка из верхних мочевыводящих путей. У пациентов с камнями почек она составила 94,8%, верхней трети мочеточника – 95,2%, средней трети – 91,1%, нижней трети – 89,3%, мочевого пузыря – 100% соответственно. Остальным пациентам потребовалось проведение дополнительных эндоскопических манипуляций для извлечения осколков камня. Коэффициент сеанс/камень для почек составил 1,57, для верхней трети мочеточника – 1,45, средней трети – 1,48, нижней трети – 1,49, мочевого пузыря – 1,51 соответственно.

Выводы. Главным достоинством сонографического контроля при проведении дистанционной литотрипсии является возможность наблюдать за

процессом камнедробления в реальном времени на протяжении всего сеанса и оценивать степень дезинтеграции камня без лучевой нагрузки на пациента и медперсонал. Ультразвук позволяет визуализировать рентгеннегативные камни, конкременты накладываются на кости скелета, при рентгеноскопии, а также камни, расположенные в нижних отделах мочеточника. При отказе от рентгенконтроля обязательным требованием к дистанционному литотриптеру является расположение ультразвукового сканера по центральной оси терапевтического блока — «in-line» и мобильность самого источника ударных волн. Ультразвуковое наведение требует большего опыта, навыков и времени на обучение, чем рентгеноскопия.

МЕНЕДЖМЕНТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ EASL

Федусенко А.А.¹, Дынник О.Б.²,
Жайворонко М.Н.³, Федусенко А.А. (мл)⁴,
Ипатова Д.П.⁵, Макарова Ж.Н.⁶

¹ГУ «Национальная академия последипломного образования им. П.Л. Шупика»,

кафедра лучевой диагностики, г. Киев

²ГУ «Институт физиологии

им. А.А. Богомольца НАН Украины», г. Киев

³Медицинское научно-практическое объединение «МедБуд», г. Киев

⁴ГУ «Запорожский государственный медицинский университет», кафедра

лучевой диагностики, г. Запорожье

⁵ГУ «Запорожский государственный медицинский университет», кафедра

инфекционных болезней, г. Запорожье

⁶МЦ «Доктор Лахман», г. Запорожье

Введение. Доброкачественные опухоли печени (ДОП) — группа очаговых поражений с различным клеточным происхождением — обобщены международными экспертами в 1994 г. ДОП в большинстве случаев диагностируются случайно при проведении УЗИ, МДКТ, МРТ и чаще имеют доброкачественное течение. Некоторые ДОП имеют клиническую значимость, требуя дифференцированного подхода к тактике ведения.

Цель рекомендаций: представить современный алгоритм для практической диагностики и динамического контроля наиболее часто встречаемых ДОП: гемангиомы, фокальной нодулярной гиперплазии и гепатоцеллюлярной аденомы.

Печеночная гемангиома (ПГ). У пациентов при отсутствии диффузных поражений печени (ДПП) гиперэхогенные очаги при УЗИ с большой вероятностью представлены ПГ. При типичных соносемиотических характеристиках нативной УЗИ недостаточно для окончательной постановки диагноза. У онкологических больных или пациентов с сопутствующим ДПП необходима визуализация с в/в контрастированием: УЗИ, МДКТ или МРТ. Визуализационная диагностика с в/в контрастным усилением основана на типичном перфузионном паттерне (периферическое и лакунарное накопление КР в артериальную фазу с последующим центрипетальным насыщением в отсроченную фазу). МРТ обеспечивает дополнительными визуализационными данными: интенсивность МР-сигнала на T1ВИ, T2ВИ и DWI.