

заболеваний, у 84 (22,2%) больных неотложная уретеролитотомия была выполнена спустя 24–72 ч от начала заболевания. В послеоперационный период у этих больных наблюдались следующие осложнения: в 73 случаях – атака острого пиелонефрита, у 14 больных – нагноение раны; у 6 пациентов – мочевого свищ. У 32 больных, которым операцию проводили спустя более 3 сут от начала заболевания, выявлены: апостематозный пиелонефрит (29), карбункул почки (3), потребовавшие наряду с удалением камня из мочеточника выполнения нефростомии, декапсуляции и резекции почки.

Проведенные исследования в послеоперационный период выявили, что при остром обтурационном пиелонефрите происходит резкое нарушение микроциркуляции. Об этом свидетельствуют качественные показатели реограммы и доплерографии, характеризующие изменения гемодинамики как в артериальном, так и в венозном русле почки.

Так, при острой обтурации в почке отмечается достоверное ($P < 0,001$) уменьшение величины амплитуды (А) до 0,046 Ом (норма – 0,072), увеличение реографического коэффициента (РК) до 32% (норма – 20,65), снижение минутного объема пульсового кровотока почки (V мин) до 3,76 см³/мин (норма – 7,07). Наряду с этим имеет место выраженная венная гипертензия, характерная для острого обтурационного пиелонефрита, о чем свидетельствует достоверное ($P < 0,001$) увеличение диастолического индекса (ДИ) до 0,69 отн. ед. (норма – 0,38) и диастолического индекса (ДСИ) до 0,81 отн. ед. (норма – 0,49).

Данные динамической реносцинтиграфии (РСГ) с ДТПА – ⁹⁹Tc пертехнетатом указывали на снижение эффективного почечного плазмотока (ЭПП) в почке, с острым пиелонефритом на почве обтурации камнем до 148 мл/мин (норма – 275 мл/мин), резкое уменьшение клубочковой фильтрации (КФ) до 23 мл/мин (норма – 53 мл/мин), увеличение времени максимального накопления радиофармпрепарата (Т макс.) до 7,4 мин (норма – 3,9 мин) и его полувыведения (Т_{1/2}) до 17 мин (норма – 9,0 мин). Данные нарушения гемодинамики почки, пораженной острым обтурационным пиелонефритом, четко коррелировали (Т=0,68) с клиническими проявлениями заболевания.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при почечной колике, обусловленной уретеролитиазом, отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения является показанием для неотложной уретеролитотомии. Наиболее благоприятный срок для выполнения неотложной уретеролитотомии – первые 24 ч после возникновения окклюзии. Лишь при тяжелых сопутствующих заболеваниях можно отсрочить неотложную уретеролитотомию на 2–3 сут для предоперационной подготовки. Применение более длительной консервативной терапии с катетеризацией мочеточника при обтурационном уретеролитиазе необоснованно, так как приводит к инфицированию мочевых путей госпитальными штаммами бактерий, развитию острого гнойного пиелонефрита и ухудшению результатов лечения.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – диагностика осложнений и сопутствующей патологии

В.В. Мегера¹, И.М. Антонян¹, Ю.В. Роцин¹, Д.В. Щукин³, О.Н. Геглюк², А.А. Кешишян²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», г. Харьков

³Харьковский национальный медицинский университет

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным заболеванием среди мужчин старшей возрастной группы. Наряду с выявлением изменений структуры и объема предстательной железы важнейшее диагностическое значение имеет обнаружение и характеристика патологии мочевых путей, что является основным показателем в выборе лечебной тактики, недооценка которых может сказаться на дальнейшем послеоперационном лечении. Если ранее в диагностическом плане приоритетным методом была экскреторная урография с ее модификациями, пальцевое исследование (УЗИ), то сейчас основным методом является ультразвуковое исследование, так как оно неинвазивно, не несет лучевой нагрузки, обладает высокой информативностью и не зависит от выраженности почечной недостаточности.

За период 2012–2014 гг. в клинике находились на лечении и обследовании 954 пациента с ДГПЖ. Всем больным проводили УЗИ. При этом у 157 (15%) пациентов выявлена уретеропиелозктазия, у 36 (3%) – вторичные камни мочевого пузыря, у 10 (1%) – дивертикул мочевого пузыря, у 22 (2,3%) – опухоли мочевого пузыря, у 45 (4,7%) – камни почек, у 356 (36,6%) – кисты почек, у 13 (1,3%) – опухоли почек.

Одной из важных характеристик, изученных при УЗИ, явилось определение количества остаточной мочи, что позволило определить стадию заболевания. УЗИ позволяло четко

визуализировать анатомию почек и мочевых путей, в частности, определить толщину почечной паренхимы (косвенный показатель функции почек), ее эхогенность и однородность, наличие объемных образований, состояние чашечно-лоханочной системы, наличие мочекаменной болезни. Больным, у которых были выявлены нормальные УЗИ-характеристики мочевыделительной системы, дальнейшие визуальные методы исследования не выполняли. В случае односторонней уретеропиелозктазии, опухолей почек, мочекаменной болезни, подозрении на дивертикул и опухоли мочевого пузыря больным дополнительно проводили компьютерную томографию.

УЗИ предстательной железы включало определение размеров, объема, преимущественного роста (ректальный и внутривезикулярный), эхоструктуры (однородность, неоднородность, наличие гипо- и гиперэхогенных узлов). При подозрении на рак предстательной железы больным выполняли анализ крови на определение уровня простатоспецифического антигена и трансректальная биопсия предстательной железы.

Таким образом, можно сделать вывод, что метод УЗИ-диагностики является ведущим в диагностике ДГПЖ, ее осложнений и сопутствующей патологии. Дополнительные методы исследования показаны при неудовлетворительных результатах УЗИ или в случаях сопутствующей патологии.