

НАШ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ КЛИНИКИ

Белый Л.Е.

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Ульяновск, Россия*

Острая обструкция верхних мочевых путей, возникающая вследствие ряда причин и проявляющаяся симптомокомплексом почечной колики, несмотря на, казалось бы, всестороннюю изученность, до сих пор остается серьезной проблемой современной медицины. Чаще всего причиной обструкции является мочекаменная болезнь. В настоящее время уролитиаз составляет 30-45% в спектре урологических заболеваний, выделяясь среди них частотой гнойно-воспалительных осложнений. (Газымов М.М., 1993; Заборовский Г.И., 1987; Тиктинский О.Л., Александров В.П., 2000)

До недавнего времени использовался лишь рентгенологический метод исследования. Тем не менее, в изучении причины обструкции, а тем более в исследовании степени тяжести уродинамических нарушений возможности рентгенологического метода весьма ограничены. Только экскреторная урография является функциональным исследованием, хотя зачастую и ее информативность оставляет желать лучшего.

Гораздо большие возможности в изучении патофизиологических нарушений верхних мочевых путей появились с внедрением в клиническую практику ультразвукографии. Вместе с тем, обычное УЗИ не позволяет оценить особенности интратенального кровообращения при различных патологических процессах. Лишь эходопплерография дает возможность адекватно оценить нарушения гемодинамики почки и проводить их.

Основным признаком окклюзии верхних мочевых путей как и других обструктивных уropатий при ультразвуковом исследовании в режиме реального времени является дилатация чашечно-лоханочной системы. Однако существует ряд патологических состояний, при которых причиной дилатации ЧЛС не является обструкция, и, наоборот, при ряде состояний имеет место так называемая обструкция без дилатации. Причинами ложноположительного обнаружения гидронефроз и пиелокаликоектазий являются: перерастяжение мочевого пузыря; увеличение потока мочи (при действии диуретиков, контрастных средств, диабетической полиурии, острой и хронической почечной недостаточности в стадии полиурии); атония лоханки при острых воспалениях; туберкулез почек с деформацией ЧЛС, ампутация, склероз, дивертикулы чашечек различного генеза, пузырно-мочеточниковый.

Причинами же ложноотрицательной диагностики могут быть дегидратация, острая обструкция без дилатации, когда нет экскреции, хотя почка функционирует и об этом свидетельствует нефрограмма, экстравазация мочи в паранефральное и периуретеральное пространства, повреждение собирательной системы почек, неправильная интерпретация изображений.

Целью работы явилась оптимизация алгоритма обследования больных с острой обструкцией верхних мочевых путей. Было проведено обследование 184 больных.

При поступлении выполнялась обзорная урография, ультразвуковое исследование почек, у 42 больных которые было дополнено ультразвуковым исследованием почечного кровотока. Изучение количественных параметров кровотока в междолевых артериях почек проводилось с помощью спектрального доплеровского режима. Определялись пиковая систолическая скорость кровотока, конечная диастолическая скорость кровотока, индекс резистентности. Затем, после купирования болевого синдрома, выполнялась экскреторная урография.

Внедрение ультразвуковой доплерографии почечных сосудов позволило на основании количественных параметров гемодинамики почки дифференцировать

истинную гидронефротическую трансформацию от воспалительной атонии лоханки, диагностировать «обструкцию без дилатации».

Использование сонографии и экскреторной урографии позволяют получить взаимодополняющие данные о характере нарушений уродинамики верхних мочевых путей, проводить изучение прогрессирования уродинамических расстройств с течением времени. При дополнении этих исследований ультразвуковой доплерографией появляется возможность судить о нарушениях внутривисочечного кровотока и установить диагноз в сложных клинических ситуациях.