

ИНТЕНСИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН ГЕМАТУРИИ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

С.О. Снопченко, В.Н. Дубровин

*Республиканская больница (главврач — С.П. Новоселов) МЗ Республики
Марий Эл, Йошкар-Олинский филиал (директор — доц. В.П. Рассанов)
Казанского государственного медицинского университета*

Гематурия является одним из наиболее частых симптомов в урологической патологии. При ее обнаружении требуется экстренная диагностика источника кровотечения и выбор тактики лечения. Диагностика причин гематурии довольно затруднительна. Кроме того, значительная часть больных с гематурией поступает в стационар в экстренном порядке, в вечернее и ночное время, когда диагностические возможности ограничены.

Кроме традиционно используемого эндоскопического обследования (цистоскопии) возникает необходимость интенсивной лучевой диагностики причины гематурии, то есть использование минимально необходимых диагностических методов для скорейшего установления нозологического диагноза. Приоритетную роль в этом играют ультразвуковое исследование (УЗИ) и традиционные рентгенологические методы — обзорная рентгенография мочевыводящей системы (ОР), экскреторная урография (ЭУГ).

Мы располагаем опытом работы урологического отделения и отделения лучевой диагностики Республиканской больницы МЗ Республики Марий Эл за 1992—1995 гг. Для количественной оценки выбран период с января по февраль 1996 г.

Использовалась следующая диагностическая аппаратура: ультразвуковой сканер АЛОКА-630 с линейными и секторными датчиками частотой 3,5 МГц, рентгеновский аппарат TUR-800, рентгеноконтрастный препарат омнипак-350.

Больница оказывает экстренную хирургическую помощь три дня в неделю. С января по февраль 1996 г. в приемный покой поступили 1118 больных, из них 149 (13,3%) с урологической патологией. Гематурия была выявлена у 65 (43,6%) человек. В вечернее и ночное время госпитализированы 68 (45,6%) пациентов.

Больные с гематурией были разделены на группы по окончательным

диагнозам. В 1-ю группу вошли больные с мочекаменной болезнью, осложненной приступом почечной колики (54 чел.), во 2-ю (7) — с травмами почек, в 3-ю (4) — с опухолями почек и мочевыводящих путей.

При УЗИ больных 1-й группы у 25 (46,3%) из них обнаружены конкременты чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), установлены их размер и локализация. У 38 (70,4%) пациентов имело место расширение ЧЛС и верхнего отдела мочеточника со стороны поражения, трактованное как гипертензия ЧЛС вследствие блока мочеточника. В этих случаях проводили дифференциальную диагностику с дилатацией при неспецифических воспалительных заболеваниях по толщине стенок ЧЛС и данным динамического УЗИ. При гипертензии ЧЛС на УЗИ утолщения стенок не отмечалось. Процесс всегда был односторонним и соответствовал стороне поражения. ОР выявила конкременты в 15 (27,8%) случаях. 7 пациентам была проведена ЭУГ, показавшая у 5 из них задержку выделения контраста со стороны поражения.

Контрольное УЗИ было проведено через 2-4 дня 42 пациентам. В 26 (61,9%) случаях отмечалась положительная динамика процесса: уменьшение или полное отсутствие гипертензии ЧЛС вследствие снятия блока мочеточника и отхождения конкремента. В 16 (38,1%) случаях ультразвуковая картина не менялась или прослеживалась отрицательная динамика, что послужило поводом к экстренным хирургическим вмешательствам. 11 больным была проведена катетеризация мочеточника, 5 — операция.

Приводим наблюдение из нашей практики.

Больной Ш., 31 года, поступил в клинику в экстренном порядке с жалобами на боли в правом боку, сопровождавшиеся гематурией. При УЗИ выявлено расширение ЧЛС и верхнего отдела мочеточника справа. Стенки ЧЛС не изменены. Справа в верхней группе чашечек виден

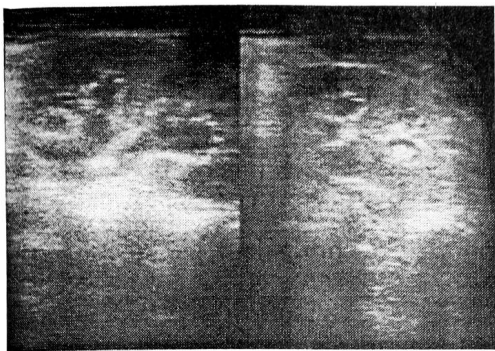


Рис. 1. Гипертензия чашечно-лоханочной системы и расширение верхних отделов мочеточника. Конкремент верхней группы чашечек.

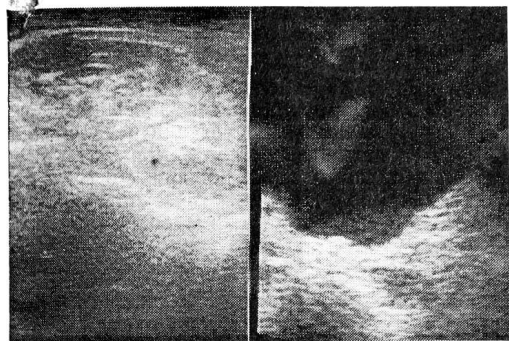


Рис. 2. Контрольное ультразвуковое исследование. Отсутствие расширения чашечно-лоханочной системы. Камень мочевого пузыря.

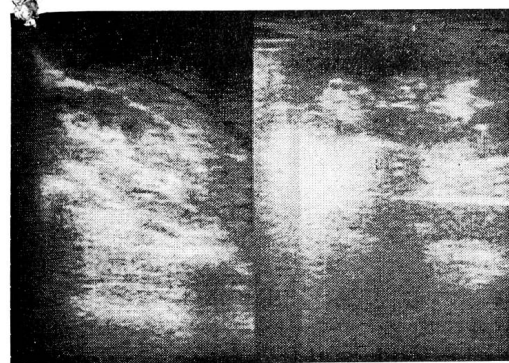


Рис. 3. Отек паренхимы почки.

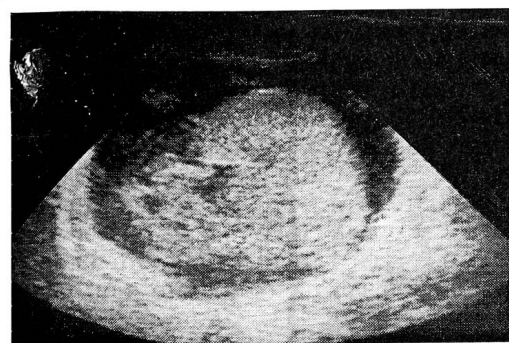


Рис. 4. Тампонада мочевого пузыря.

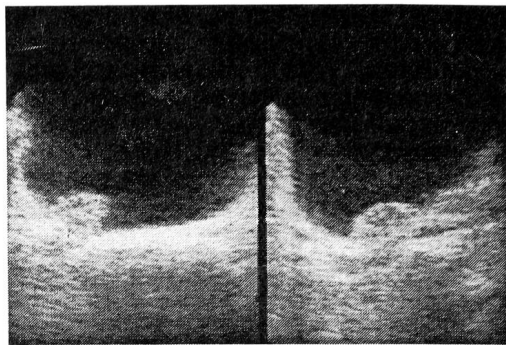


Рис. 5. Контрольное ультразвуковое исследование. Опухоль мочевого пузыря.

конкремент (0,8 см) с отчетливой акустической тенью (рис. 1). Мочевой пузырь без особенностей.

ОР: конкременты не выявлены.

ЭУГ: выделение контраста справа не отмечается.

Контрольное УЗИ через 2 дня: конкремент правой почки без динамики, ЧЛС и мочеточник не расширены. Конкремент (0,7 см) находится в полости мочевого пузыря (рис. 2).

При УЗИ пациентов 2-й группы были поставлены следующие диагнозы: ушиб почки (у 4), подкапсулярная гематома (у 2), разрыв почки, паранефральная урогематома (у 1). Ультразвуковая картина при гематомах почки являлась типичной и позволяла быстро установить диагноз.

А., 28 лет, поступил в клинику с болями в левом боку и гематурией после травмы. При УЗИ выявлено обширное жидкостное образование в паранефральной клетчатке. Почка увеличена в размерах; нижний ее полюс нечеткий, неровный, с гипоехогенной паренхимой.

ЭУГ: отсутствие контраста со стороны поражения. Установлен диагноз: разрыв нижнего полюса почки, паранефральная урогематома. Экстренно прооперирован — ушит разрыв почки, дренировано забрюшинное пространство.

При ушибе почек без разрыва паренхимы на УЗИ отмечалось утолщение паренхимы почки по сравнению с неповрежденной стороной до 1,5—2 раз. Размеры почки увеличивались на 1,5—2 см. Ее эхоструктура менялась в сторону гипоехогенности, что подтверждалось использованием гистографических ультразвуковых программ (рис. 3).

На ЭУГ выявлялась более длительная нефротическая фаза урограммы. Контрольное УЗИ через 3-4 дня показало уменьшение пораженной почки до нормальных размеров, восстановление нормальной эхоструктуры ее паренхимы.

У пациентов 3-й группы обнаружены опухоли почек (2) и почек и мочевого пузыря (2). Диагностика опухоли почки, вызвавшей гематурию, была возможна уже при УЗИ, без рентге-

новского исследования. При опухоли мочевого пузыря, осложненной его тампонадой, УЗИ позволило выявить сгусток крови, полностью закрывавший просвет мочевого пузыря и приведший к острой задержке мочи. После отмывания сгустка повторное УЗИ показало наличие опухоли мочевого пузыря, вызвавшей кровотечение.

Б., 64 лет, госпитализирован по поводу тотальной макрогематурии, затрудненного мочеиспускания, отхождения сгустков крови. Проведено УЗИ: обнаружена тампонада мочевого пузыря сгустками крови; патологии со стороны почек не выявлено (рис. 4). После катетеризации мочевого пузыря и отмывания сгустков выполнена цистоскопия. Продолжавшаяся гематурия не позволяла рассмотреть стенку мочевого пузыря. При повторном УЗИ обнаружена грубоворсинчатая опухоль (2 x 2 см) на правой боковой стенке мочевого пузыря (рис. 5). Больной экстренно прооперирован. На операции выявлена опухоль мочевого пузыря, по поводу которой выполнена его резекция. Гистологический анализ: переходноклеточный рак.

Таким образом, УЗИ является высокоэффективным методом выявления причины гематурии. Благодаря этому

обследованию можно быстро установить диагноз и определить оптимальную тактику лечения. Всем больным с гематурией показано УЗИ в экстренном порядке. Повторное УЗИ желательно проводить через 2—4 дня, что позволяет корректировать тактику лечения. В крупных стационарах, оказывающих экстренную хирургическую помощь, целесообразно включать в дежурную бригаду врача, владеющего навыками проведения рентгенографии и УЗИ.

Поступила 25.03.96.

INTENSIVE RADIOLOGY DIAGNOSIS IN URGENT UROLOGY

S.O. Shopchenko, V.N. Dubrovin

S u m m a r y

As many as 65 patients with hematuria are examined by sonography at their receiving to the hospital in urgent conditions. The examinations are repeated in 2—4 days as well as conventional X-ray methods of examination. The sonography efficacy in the diagnosis of hematuria causes is shown in comparison with conventional X-ray methods.

УДК 618.3—008.6—08:616.155.34—001.8—07

КИСЛОРОДНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ПОЛИМОРФОНУКЛЕАРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА

Д.Ш. Башкирова, Н.А. Сафина, О.Д. Зинкевич

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин),
Казанского государственного медицинского университета,
лаборатория иммунохимии (зав. — с.н.с. О.Д. Зинкевич)*

Казанского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии

Показана важная роль полиморфнонуклеарных лейкоцитов (ПМНЛ) периферической крови в патогенезе гестоза на фоне системной эндотоксемии [4]. Изменения кислородного метаболизма ПМНЛ, свойственные целому ряду таких патофизиологических звеньев гестоза, как персистирующая инфекция, нарушение кислотно-щелочного состояния, дисбаланс опсонинов плазмы крови, характерны также и для системной эндотоксемии грамотрицательной микрофлоры кишечника, что, как показали исследования Д.В. Добронеевой, имеет место при данной патологии [1, 4]. Исходя из этого, мы предположили, что воздействие на поступление эндотоксина из кишечника в кровоток и стабилизация мембраны фагоцитов и кишечного барьера являются одним из возможных путей некоторой коррекции течения гестоза и

найдет свое отражение в изменениях кислородного метаболизма ПМНЛ. Назначая стабилизаторы мембран, мы предполагали модулировать как проницаемость кишечника для эндотоксина, так и выброс цитокинов из фиксированных и циркулирующих фагоцитов, тем самым уменьшая их разрушающее действие на организм матери и плода.

Опираясь на данные литературы [1], которые показали возможность снижения эндотоксемии при гестозе энтеросорбцией образующегося в кишечнике эндотоксина активированным углем, мы ввели в нашу схему лечения этот препарат, хотя в другой дозировке и по другой схеме. Но одна энтеросорбция не может дать существенного клинического эффекта, особенно при гестозе III степени [1]. Одно-двукратное использование сорбентов может вызвать только транзитное уменьшение