

Вывод. Ретроградная цистография у женщин с ГП позволяет оценить степень опущения передней стенки влагалища и классифицировать цистоцеле, обоснованно определить показания для хирургической коррекции и оценить анатомический эффект проведенной операции по восстановлению положения мочевого пузыря.

Литература

1. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкин. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.
2. Нечипоренко, А. Н. Диагностика генитального пролапса и вызванных им расстройств мочеиспускания: монография / А. Н. Нечипоренко, А. С. Нечипоренко. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – 120 с.
3. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов / Н. В. Тупикина и др. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 2. – С. 98-102.

РОЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

*Нечипоренко А. С.¹, Нечипоренко А. Н.², Волкова Е. Т.¹,
Генечко В. И.³, Аплевич С. В.³*

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно», Гродно, Беларусь

Актуальность. Высокой эффективностью в распознавании повреждений внутренних органов при закрытой травме живота обладает компьютерная томография (КТ), позволяющая выявить нарушения анатомической структуры органа и возникающие при этом внутренние кровотечения, достичь значительного сокращения диагностического периода и резкого снижения потребности в традиционных инвазивных методах исследования [1, 2].

Травмы органов мочеполовой системы занимают важное место в ургентной урологии. Выбор метода лечения пациента и дальнейшая его судьба во многом зависят от своевременной и верной диагностики. За последние десятилетия появились новые методы диагностики, совершенные консервативные и оперативные способы лечения. На сегодняшний день ведущее место среди повреждений органов мочеполовой системы занимают закрытые травмы почек. Закрытой, непроникающей травме почки посвящены многочисленные публикации, однако точки зрения на объем обследования и тактику лечения пациентов

остаются спорными и противоречивыми. Не утихает полемика относительно ведения любой почечной травмы и выбора консервативной или оперативной тактики [3]. Внедрение новых технологий упростило решение данных вопросов, поскольку они способны обеспечить получение исчерпывающей информации как о виде травмы, так и о её распространенности, а также предоставляют возможность быстрого и необременительного динамического контроля.

Диагностика повреждений почек состоит из двух этапов: установление факта повреждения почки и уточнение вида повреждения.

В настоящее время пациентам с закрытой травмой почки и подозрением на повреждение чашечно-лоханочной системы выполняется ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография и ретроградная уретеропиелография на стороне повреждения. Учитывая инвазивный характер уретеропиелографии, возможную контаминацию мочевых путей, необходимость адекватного обезболивания пациента (вплоть до внутривенного наркоза) КТ является альтернативой экскреторной урографии и уретеропиелографии [4].

Компьютерная томография обеспечивает получение ценных данных об анатомо-функциональном состоянии почек, которые необходимы для определения степени повреждений и дальнейшей тактики лечения. Основные показания для использования КТ в оценке закрытых травм почек включают наличие гематурии, выраженного болевого синдрома, наличие пальпируемого образования в подреберной области, наличие субкапсулярной и паранефральной гематом при ультразвуковом исследовании.

При травме почек КТ, в отличие от экскреторной урографии, позволяет получить представление о реальном объеме и характере паренхиматозных изменений, а также сопутствующем им кровотечении. Большое значение имеет возможность определения с помощью КТ свободной жидкости в брюшной полости, поскольку этот симптом в большинстве случаев свидетельствует о сопутствующем повреждении паренхиматозного органа брюшной полости. Выявляемая свободная жидкость является решающим аргументом для определения хирургической тактики.

Метод компьютерной томографии более перспективен при оценке закрытой травмы почек, когда хирург рассматривает возможность консервативного метода лечения путем наблюдения за пациентом. Кроме того, КТ может быть использована в виде непрямой ангиографии почек, так как позволяет выявлять повреждения, как основной почечной артерии, так и ее ветвей, а также венозного русла.

КТ в настоящее время является наиболее ценным диагностическим методом при оценке пациентов в гемодинамически нестабильном состоянии с закрытыми травмами почек. Это вид обследования может быть использован для точной оценки тяжести повреждения почек, определения затека мочи за пределы чашечно-лоханочной системы, определения вида и размеров паранефральных кровотечений, а также определения состояния сосудистой ножки почки. КТ позволяет выявить ранее существовавшие, но не диагностированные структурные изменения, в том числе опухоли и врожденные аномалии развития, которые могут повлиять на выбор тактики ведения пациента [5].

Цель. Определить эффективность рентгеновской компьютерной томографии в диагностике закрытой травмы почек.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 40 пациентов с закрытой травмой почки по показаниям, перечисленным выше. Исследования выполнялись на спиральных рентгеновских компьютерных томографах GE «LightSpeed Pro 32» и Philips «MX 8000 DUALXP» с использованием автоматических иньекторов. Исследования выполнялись нативно, а также в артериальную, венозную и выделительную фазы.

Результаты и их обсуждение. Анализ КТ-изображений позволил выявить: в 6 случаях наличие больших паранефральных гематом с максимальным размером более 100 мм, в поврежденных почках отмечались зоны со сниженным накоплением контрастного вещества, чашечно-лоханочные системы и сосуды были без признаков повреждения. В этих случаях почки выделяли контраст на 7-й минуте исследования.

В 13 случаях наблюдались односторонние паранефральные гематомы (до 50 мм сечением), при этом обе почки накапливали контрастное вещество и выделяли его на 7-й минуте исследования, чашечно-лоханочные системы были без признаков повреждения и нарушения оттока мочи, сосуды – без особенностей, однако в поврежденных почках отмечались зоны со сниженным накоплением контрастного вещества.

В 8 случаях мы наблюдали наличие односторонних паранефральных гематом разных размеров с затеком контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочных систем, отмечалась атония чашечно-лоханочных систем, в этих случаях поврежденные почки выделяли контрастное вещество своевременно, в поврежденных почках имелись зоны со сниженным накоплением контраста, почечные артерии в 7 случаях контрастировались без особенностей, в 1 случае почка кровоснабжалась двумя сосудами: ветвь к верхнему сегменту поврежденной почки контрастировалась, к нижнему – не контрастировалась.

В 10 случаях при оценке компьютерных томограмм каких-либо изменений со стороны почек не выявлено, выделение контрастного вещества наблюдалось своевременно. Однако были диагностированы: разрыв уретры в 1 случае, и у 2 пациентов имелось повреждение мочевого пузыря.

Анализ трех нативных КТ-изображений позволил выявить: в 1 случае гематому больших размеров справа, с подозрением на повреждение лоханки. Во втором и третьем случаях в связи с выраженной неоднородностью плотностных характеристик паренхимы почек, резким увеличением их размеров, наличием неоднородного содержимого в паранефральной клетчатке, а также отсутствием четких контуров почек был предположен их разрыв.

Большинство морфологических изменений почек видны на томограммах без дополнительного использования внутривенного контрастирования. В то же время контрастирование способствует выявлению более тонких изменений. Некоторые состояния, например, разрыв чашечно-лоханочной системы, могут быть диагностированы только после введения контрастного препарата. Функциональные изменения распознаются при использовании контрастирования, когда оцениваются разные фазы накопления и выведения контрастного вещества почкой.

Выводы. КТ должна стать «золотым стандартом» при обследовании пациентов с закрытой травмой почки и обязательным методом обследования при подозрении на повреждение чашечно-лоханочной системы и сосудов почки.

КТ позволяет выявить возможные повреждения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства, оценить перфузионные параметры паренхимы, выделение контрастного вещества почкой, наличие и распространенность гематомы.

Получаемые сведения ориентируют врача в необходимости немедленного оперативного вмешательства либо проведения консервативной терапии.

Литература

1. Абакумов, М. М. Актуальные проблемы диагностики и лечения повреждений груди и живота: итоги и перспективы. Сб. трудов науч. пленума Проблемной комиссии по неотложной хирургии. Ярославль. – М.:НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, 1994. Т.94. – С.100-105.
2. Абакумов, М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. Н. Лебедев, В. И. Малярчук, – М.: Медицина, 2005. – 174 с.
3. Береснева, Э. А. Значение рентгенологического метода при тяжелой сочетанной травме груди и живота: Мат-лы гор. н-практ. конф. / Э. А. Береснева,

И. Е. Селина, О. В. Квардакова. – М:НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2013. – С. 47-52.

4. Урология (национальное руководство) / ред. Н. А. Лопаткин. – Москва, 2011. – 1021 с.

5. Нечипоренко, Н. А. Неотложные состояния в урологии. / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко – Минск: Высшая школа, 2012. – 400 с.

СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АНДРОГЕННОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ

Овчинников В. А.¹, Довнар О. С.², Жмакина Е. Д.²

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Актуальность. Применение андрогенной депривации в комплексе с лучевой терапией при раке предстательной железы (РПЖ) с неблагоприятным прогнозом может улучшить результаты лечения [1]. Одним из современных способов лечения РПЖ является сочетание дистанционного облучения с высокодозной брахитерапией (ВДБ). Однако оценка результатов этого лечения в комплексе с андрогенной депривацией остается неизученной.

Цель. Оценить биологическую эффективность дозы при сочетанной лучевой терапии с эскалацией разовой дозы брахитерапии (8,5 Гр и 9,5 Гр) и андрогенной депривацией при радикальном лечении рака предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Проведены наблюдения у 50 пациентов с РПЖ. Возраст – 60-76 лет. Определялся уровень простатспецифического антигена (ПСА) до лечения, через 3 месяца после андрогенной депривации (двусторонняя орхиэктомия) и через 3 и 6 месяцев после окончания сочетанной лучевой терапии (СЛТ). У всех пациентов диагноз верифицирован морфологически – аденокарцинома. Локализованный РПЖ (Т2а-с) был в 24 случаях, местнораспространенный – в 26 (Т3а). Локализованный рак с благоприятным прогнозом (стадия Т1-Т2а, N0, M0, сумма Глисона <7 и ПСА <10 нг/мл) был в 1 наблюдении (2%), промежуточным прогнозом (стадия Т2b или сумма Глисона 7 или ПСА 10-20 нг/мл) был в 2 наблюдениях (4%), с неблагоприятным (стадия Т2с или сумма Глисона >7 или