

Ж.С. Мамбетов

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕНТГЕНУРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Кыргызская государственная медицинская академия

Предложен усовершенствованный метод рентгенурологического обследования (обзорная и экскреторная урограмма), который позволит повысить информативность исследования.

Ключевые слова: хронический простатит, диагностика

Клинический опыт показал, что больным, страдающим хроническим простатитом более 5 лет, показано рентгенурологическое обследование (обзорная и экскреторная урограмма), позволяющее оценить морфофункциональное состояние верхних мочевых путей.

Таким образом, разработанная автором компрессионная урография неинвазивна, проста для исполнения, высокоинформативна, что исключает использование сложных и дорогостоящих исследований.

Известен способ проведения компрессионной и экскреторной урограммы для определения морфофункционального состояния верхних мочевых путей. Компрессионная экскреторная урография проводится при помощи специального пояса или груза, накладываемого на нижнюю часть живота, чтобы создать стаз контрастного вещества в верхних мочевых путях, что способствует быстрому и качественному контрастированию чашечно-лоханочной системы. Недостатком данного способа является то, что он не позволяет создать стаз контрастного вещества в верхних мочевых путях у тучных, а также физически развитых пациентов. Необходимо отметить, что при проведении инфузионной урографии с применением компрессии передней брюшной стенки не всегда удается добиться четкого контрастирования чашечно-лоханочной системы, особенно при низкой концентрационной функции почек у тучных людей.

Целью нашего исследования было повысить диагностическую ценность экскреторной урографии для ранней диагностики морфофункциональных изменений почек и верхних мочевых путей.

Для достижения поставленной цели необходима полноценная подготовка больного для рентгенурологического обследования, т. е. в обязательном порядке в течение 1,5–2 сут из диеты больного исключается пища, вызывающая метеоризм (молочные продукты, овощи, фрукты, сладости и т. д.). Больному рекомендуется употреблять мясную пищу, сливочное масло, белый хлеб и таблетки (5–10) активированного угля 3 раза в день или валерианку по 20–30 капель.

Рентгеновское обследование больного начинали через два часа после очистительной клизмы с введением теплого гипертонического раствора или отвара ромашки. После клизмы больному разрешали съесть кусочек белого хлеба и выпить стакан чая без сахара, чтобы исключить газограмму в желудке. Исследование проводили при естественном заполнении мочевого пузыря. После обзорной урографии и введения одного из контрастных

веществ (верографина, урографина, уротраста, триомбраста 76% – 40,0 мл) внутривенно сразу в полость прямой кишки вводили эластичный дренаж с закрепленным на кончике резиновым баллончиком, который надувался путем введения в него в количестве 150–200 мл 0,9% физиологического раствора поваренной соли. Это приводит к сдавлению тазовых отделов мочеточников в виде компрессионного манжета, образованного, с одной стороны, заполненным мочевым пузырем, и с другой – надувным баллончиком со стороны прямой кишки (рис. 1).

Устройство работает следующим образом: поливиниловый эластичный дренаж с надувным резиновым баллончиком вводится в полость прямой кишки на 7–8 см, затем открывается ниппель дистального конца дренажа и с помощью шприца Жанэ вводится в количестве 150–200 мл 0,9% физиологический раствор поваренной соли с целью раздувания баллончика. Ниппель закрывается до конца исследования. Рентгеновские снимки производятся при обязательном естественном заполнении мочевого пузыря (рис. 2).

Таким образом, происходит сдавление тазовых отделов мочеточников вследствие двусторонней компрессии как со стороны мочевого пузыря, так и со стороны прямой кишки. Все это позволяет заполнить контрастным веществом верхние мочевые пути, что дает возможность создать четкое изображение чашечно-лоханочной системы и тем самым повысить качество диагностической информации (ранней диагностики пиелонефрита, опухоли почек и верхних мочевых путей и др.).

Для сравнительного анализа традиционной урографии с предложенной компрессионной приведем два примера.

Больной Т., 39 лет, поступил в урологическое отделение ГКБ № 1 с жалобами на боли в пояснично-крестцовой и паховой области, учащенное мочеиспускание. Болеет в течение многих лет. Неоднократно лечился амбулаторно, но улучшение было кратковременное. Состояние ухудшилось в последние 5 дней, и он был госпитализирован с диагнозом “хронический пиелонефрит в фазе активного воспаления”. При поступлении – состояние удовлетворительное. Живот мягкий; умеренная болезненность в почечной зоне с обеих сторон; симптом поколачивания по 12-му ребру слабopоложительный с обеих сторон. Ректально: простата не увеличена; отмечается пастозность и местами – наличие участков уплотнений, болезненность. Срединная борозда сохранена.

Ампула прямой кишки свободна; патологических образований не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/ч, П – 6, С – 78, Э – 3, Л – 18, М – 4.

Анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 5–8 в п/зр, эритроциты – 0–1 в п/зр. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 4000, эритроциты – 500. Секрет простаты: лейкоциты – 15–20 в поле зрения; лецитиновые зерна – умеренное количество. Посев: *Sthaph. aureus* чувствителен к гентамицину и кефзолу.

УЗИ: инфильтративно-пролиферативная хроническая форма простатита. Со стороны почек патологии не установлено.

Обзорная и экскреторная урограммы на 10 мин: теней, подозрительных на конкремент, не выявлено. Функция обеих почек удовлетворительная (рис. 3).

Явных рентгенологических признаков не выявлено (информативность снижена из-за неоднородности заполнения верхних мочевых путей, в частности чашечек).

Проведена противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, после которой состояние улучшилось

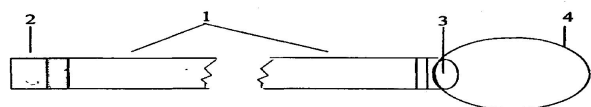


Рис. 1. Устройство ректального надувного баллончика.

1 – апирогенный поливиниловый эластичный дренаж; 2 – дистальный конец дренажа; 3 – ниппель дистального конца дренажа; 4 – надувная съемная резиновая емкость для заполнения жидкости

и больной выписан на дальнейшее лечение и наблюдение у уролога по месту жительства.

Данный пример указывает на наличие у больного сопутствующего хронического пиелонефрита и доказывается на основании клинико-лабораторных данных, но при эхографических и рентгенологических исследованиях он не подтвержден, что, в свою очередь, ставит клиницистов в затруднительное положение в отношении диагностики и лечения. Это обстоятельство вынуждает применение более сложных и дорогостоящих исследований (инфузионная урография, ЯМР, КТ).

На следующем примере показана сравнительная информативность разработанной нами компрессионной урографии.

Больной А., 38 лет, был госпитализирован в урологическое отделение ГKB № 1 с жалобами на боли над лонном, в поясничной области, учащенное мочеиспускание и снижение потенции. Страдает хроническим простатитом в течение 7 лет. Неоднократно лечился амбулаторно у уролога с временным улучшением. Состояние больного при осмотре удовлетворительное. Живот мягкий; почки не прощупываются; зоны умеренно болезненны, и слабо положительны симптом поколачивания по 12-му ребру с обеих сторон. Ректально: простата умеренно увеличена с наличием местами участков уплотнения, болезненна. Срединная борозда сохранена. Ампула пря-



Рис. 2. Компрессионная экскреторная урограмма

мой кишки свободная; патологических образований не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч, П – 5, С – 70, Э – 1, Л – 20, М – 3.

Анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 8–10 в п/зр, эритроциты – 1–2 в п/зр. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 4500, эритроциты – 750. Секрет простаты: лейкоциты – 22–25 в поле зрения; лецитиновые зерна – незначительное количество. Бак. посев: *E. coli* чувствительна к доксициклину, эритромицину, гентамицину.

УЗИ: инфильтративно-пролиферативная форма простатита. Со стороны почек и других органов патологии не установлено.

Обзорная и экскреторная урограммы на 7 мин: теней, подозрительных на конкремент, не выявлено. Функция обеих почек удовлетворительная (рис. 4). Отмечается хорошее контрастирование верхних мочевых путей. При этом выявлены умеренные колбообразные расширения чашечек, особенно левой почки. Шейка чашечек удлинена, истончена; отмечается вертикальный уклон лоханки с обеих сторон. Контраст в мочевом пузыре; контуры его ровные.

Заключение: рентгенологическая картина соответствует 2-стороннему хроническому пиелонефриту.

Больному проведен курс лечения антибиотиками (гентамицин по 0,80 мг 2 раза в день в течение 10 дней в последующем – переведен на доксициклин по 2 капс. 2 раза в день в течение 2 недель); дезинтоксикационная терапия и физиотерапия по поводу простатита (УВЧ на курс 10 сеансов); массаж простаты – 10 процедур. Выписан больной в удовлетворительном состоянии на дальнейшее диспансерное наблюдение у уролога по месту жительства.

Данный пример убедительно доказывает информативность предложенного метода экскреторной урографии, что позволяет достоверно судить о морфофункциональном состоянии и уродинамике верхних мочевых путей и своевременно диагностировать наличие сопутст-

вующей патологии (пиелонефрит, аномалии верхних мочевых путей и т. д.).

PERFECTION OF ROENTGENOUROLOGIC INVESTIGATION OF UPPER URINARY TRACT IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Zh.S. Mambetov

The improved roentgenourologic investigation methods (plain and excretory urogram) are presented and their informativeness has been shown.



Рис. 3. Экскреторная урография больного Т



Рис. 4. Компрессионная урография больного А