

## МЕСТО УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫРАБОТКЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

*Ткаченко А.Д., Ковалева Н.Я., студ.*

*Научный руководитель – к.мед.н., доц. Сикора В.В.*

*СумГУ, кафедры ортопедии, травматологии и НС*

Актуальность. Симптомокомплекс почечной колики (ПК) – один из наиболее частых в урологической практике. До настоящего времени недостаточно полно используются возможности ультразвукового исследования (УЗИ) для определения тактики лечения и выяснения прогностического состояния почки при ПК.

Цель исследования. Определение возможностей УЗИ в диагностике и выработке тактики лечения у больных с почечной коликой.

Материалы и методы. Обследовано 73 больных с почечной коликой, 30 лиц составили контрольную группу. Исследования проведены с помощью ультразвукового аппарата Logiq-400 MD.

Результаты и их обсуждения. Установлено, что при УЗИ по результатам импульсной доплерометрии почечных артерий со стороны колики  $V_{ps}$  составляет  $1,12 \pm 0,5$  м/с,  $V_{ed} - 0,32 \pm 0,02$  м/с,  $PI - 1,26 \pm 0,04$ ,  $RI - 0,70 \pm 0,01$ ,  $\Delta RI - 0,10 \pm 0,03$ ,  $RatioRI - 1,11 \pm 0,01$ , в междолевых артериях  $V_{ps} - 0,38 \pm 0,02$  м/с,  $V_{ed} - 0,14 \pm 0,01$  м/с,  $PI - 1,02 \pm 0,04$ ,  $RI - 0,63 \pm 0,01$ , в почечных венах  $V_{max} - 0,42 \pm 0,02$  м/с, в междолевых венах -  $0,17 \pm 0,01$  м/с,  $V_{max}$  мочеточничко-пузырных выбросов (МПВ) -  $0,27 \pm 0,03$  м/с,  $V_{min} - 0,18 \pm 0,02$  м/с, время МПВ – 3,46 с, время ускорения – 1,65 с, индекс ассиметрии МПВ с противоположной стороной  $0,48 \pm 0,05$  (в норме количество МПВ 1,07 в мин). Значение  $RI$  зависело от уровня обструкции:  $0,72 \pm 0,01$  при конкременте в проксимальной части мочеточника,  $0,66 \pm 0,02$  – в дистальной части. Выраженное нарушение пассажа мочи (с МПВ менее 0,3 в мин) при высоком  $RI$  ( $0,76 \pm 0,03$ ),  $RatioRI$  1,15 и более, что наблюдалось у 27% пациентов, свидетельствовало о застойных явлениях в кровеносном русле почки и являлось показанием к срочному деблокированию почки во избежание воспалительных осложнений. У 11,5% больных с выраженным нарушением пассажа мочи  $RI$  составляет  $0,58 - 0,64$ , а максимальная скорость венозного кровотока в среднем была выше на 21,4%, что могло быть следствием артерио-венозного шунтирования крови. При отсутствии МПВ и повышении  $V_{max}$  в почечной вене более чем на 50% проведение экскреторной урографии (ЭУ) нецелесообразно в связи с неизбежностью получения картины «немой почки». Применение указанного комплекса УЗИ в ходе динамического наблюдения позволяет определить оптимальное время для ЭУ при ПК после ликвидации «блокады» почки. Коррелятивная связь между параметрами МПВ и кровотока была более выраженной на уровне междолевых артерий.

Выводы. Для выработки адекватной тактики лечения при ПК необходимо учитывать данные УЗИ артериального, венозного почечного кровотока и уродинамики верхних мочевых путей.