

нительными фармакологическими свойствами: термопсис палительные, противовирусные свойства), наряду с этим (противовоспалительное, антибактериальное, спазмолитическое у всех составляющих препарата имеется антиоксидантное действие), натрия глицирризинат (противовоспалительная активность).

Литература:

1. Мельникова, И. М., Мизерницкий Ю. Л., Батожаргалова Б. Ц., Логиневская Я. В. Современные принципы муколитической терапии у детей с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями // Рос. вестник педиатрии. 2011. Т. 56. №2. с. 45—50.
2. Косенко, И. М. О рациональном выборе фармакотерапии при заболеваниях, сопровождающихся кашлем // Consilium Medicum. Педиатрия. 2010. №3. с. 33—40.
3. Li, X. L., Zhou A. G., Zhang L., Chen W. J. Antioxidant status and immune activity of glycyrrhizin in allergic rhinitis mice // Int J Mol Sci. 2011, Jan 26; 12 (2). P. 905-916.
4. Akamatsu, H., Komura J., Asada Y., Niwa Y. Mechanism of anti-inflammatory action of glycyrrhizin: effect on neutrophil functions including reactive oxygen species generation // Planta Med. 1991, Apr; 57 (2). P. 119-121.
5. Утешев, Д. Б., Карабиненко А. А., Челенкова И. Н., Денисов И. Н. Применение комбинированных препаратов от кашля в терапии острых бронхитов// Consilium Medicum. Педиатрия. 2010. №3. с. 33-40.

В-режим сонографии в диагностике уретеролитиаза у пациентов с почечной коликой

Ильхамов Д.Ф.
Абдушарипов М.А.
Зулпикариев Д.Д.
Шихов Ё.Ё.
(Узбекистан)

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из самых распространенных урологических заболеваний и занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей. Доля ее среди всех урологических заболеваний составляет около 40% [1]. У 70% пациентов МКБ диагностируется в возрасте 30-60 лет, причем отмечается преобладание лиц мужского пола [2].

Ведущим клиническим синдромом МКБ является почечная колика, которая обусловлена окклюзией мочеточника, проявления которой зависят от ряда факторов: размеров, количества и локализации камней, продолжительности заболевания, одно или двухстороннего характера поражения, присоединившегося воспалительного процесса в почках, нарушения уродинамики, изменения функции почек [3,4,5].

Лучевые методы диагностики, в том числе обзорная урография, внутривенная урография (ВВУ), компьютерная томография (КТ) и сонография всегда имели важную роль в обследовании пациентов с болезнями мочевыделительной системы. Обзорная урография последовательно с внутривенной урографией были порядком традиционных рентгенологических исследований. В последние несколько лет не-контрастная КТ был эталонным стандартом для диагностики камней мочевых путей у взрослых [6-8]. Неконтрастная КТ имеет более высокую чувствительность и специфичность чем УЗИ или ВВУ при диагностике камней мочеточника. Во многих исследованиях чувствительность, специфичность и точность КТ в диагностике мочекаменной болезни были зарегистрированы от 96% до 100%, 95,5 % —100%, и от 96%

до 98%, соответственно [6,9-15].

Сонография мочевыделительной системы является широко используемым методом визуализации из-за безопасности, быстроты и относительно низкой стоимости по сравнению с ВВУ и КТ. Чувствительность сонографии в обнаружении мочевых камней является широко переменная в литературе в зависимости от места и размера камней и от морфологии пациентов [16,17].

Целью данного исследования является определение эффективности В-режима сонографии в диагностике уретеролитиаза у больных с почечной коликой обусловленной МКБ.

Материалы и методы

Было обследовано 51 пациентов (33 мужчин и 18 женщин) с клиникой почечной колики. Возраст пациентов составил от 16 до 65 лет. Всем больным последовательно было выполнено сонографическое и компьютерно-томографическое исследование. Наличие конкремента было установлено при компьютерной томографии, который является «золотым стандартом» в диагностике МКБ [18]. Сонографическое исследования выполнялось на аппаратах Logic 400, 200 (GE). Использовали мультисекторные конвексные датчики с доминирующей частотой 3,5-5 МГц, при среднем наполнении мочевого пузыря 200-350 мл, что позволяло лучше визуализировать устье. При повторной сонографии для уверенной визуализации

мочеточников и чашечно — лоханочной системы почки требовалось расширение их просвета. В случаях купированного приступа почечной колики исследование проводили через 40—60 мин после водной нагрузки (прием 600—800 мл воды). Для улучшения визуализации мочеточника и при отсутствии симптомов почечной колики применяли форсированный диурез. В этих случаях исследование повторяли через 2—3 ч после приема 4 капсул эспумизана и проведения водной нагрузки.

Для осмотра средней трети мочеточника больной находился в положении на спине, ноги вытянуты, руки отведены за голову. Под поясничную область подкладывали валик, что особенно важно при обследовании лиц с выраженной талией. КТ исследования проводилась на многосрезовом компьютерном томографе GE Light Speed 64.

Результаты

При КТ исследовании 51 больных с клиникой почечной колики у 46 (90,2%) выявлены конкременты мочеточников. Среди них 31 мужчин и 15 женщин в возрасте от 16 до 65 лет. Средний диаметр камней составило 6 ± 3 мм (от 3 до 9 мм).

Камни в правом мочеточнике определялись несколько чаще, чем в левом 26 и 20 (56,5% и 43,5%) случаев соответственно. Наиболее часто конкременты располагались в верхней трети мочеточника — 20 (43,5%) случаев. Далее по частоте обнаружения конкрементов следовал нижняя треть — 16 (34,8%) случаев (интрамуральный отдел и устье — 11 (23,9%), а также в юкставези-кальном отделе — на расстоянии 2—6 см от его устья — 5 (10,9%)). Значительно реже конкременты обнаруживались в средней трети мочеточника — 10 (21,7%) случаев ($p^{nc. 1}$).

Наибольшее число конкрементов почек, являющимися сопутствующим заболеванием и провокационным

фактором, у пациентов с уретеролитиазом, определялось именно на стороне обструкции — 9 случая (19,5%).

Сонографическое исследование, проведенное первично, позволило визуализировать конкременты мочеточника в 22 (47,8%) наблюдений и при повторном исследовании еще 11 (71,7%) конкрементов мочеточника смогли визуализировать.

У 39 (84,8%) пациентов с уретеролитиазом был обнаружен гидронефроз разной степени.

В зависимости от локализации при первичной сонографии были получены следующие результаты: конкременты нижней трети мочеточника обнаружены у 12 (чувствительность — 60,0%) больных, в средней трети — у 2 (чувствительность — 20,0%) и в верхней трети — у 8 (чувствительность — 50,0%) больных. При повторной сонографии после тщательной подготовки 24 пациентов (у которых сонографически не были определены камни мочеточников) дополнительно еще у 11 (23,9%) были определены камни мочеточников. (Таблица-1).

Размеры камней мочеточника по данным сонографии составило 8 ± 3 мм (от 5 до 11 мм).

Из 13 (28,3%) больных, у которых с помощью метода сонографии не были определены камни мочеточника, отмечалось: размер камня был меньше 5 мм у 6 (13,0%) больных, у 4 из них камень располагался в средней трети мочеточника. В 4 (8,7%) случаях не был выявлен гидронефроз, из них у 2 больных камень располагался в средней трети мочеточника. У 3 (6,5%) пациентов отмечалось ожирение разной степени и выраженный пневматоз кишечника.

Выводы. Таким образом чувствительность и специфичность В — режима сонографии в диагностике уретеролитиаза составила 71,7% и 100% соответственно, при соответствующей подготовке больного.

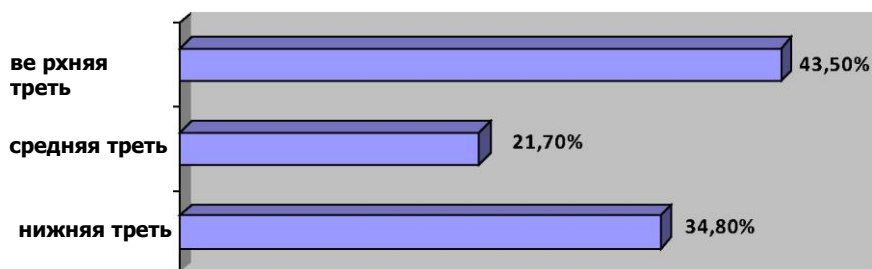


Рис. 1. Локализация камней мочеточника Таблица 1. Чувствительность сонографии по определению камней мочеточника.

Локализация камня	Число больных	Первичная сонография	Повторная сонография
Верхняя треть	20 (43,5%)	12 (60,0%)	16 (80,0%)
Средняя треть	10 (21,7%)	2 (20,0%)	4 (40,0%)
Нижняя треть	16 (34,8%)	8 (50,0%)	13 (81,2%)
Всего	46 (100%)	22 (47,8%)	33 (71,7%)

Литература:

1. Лопаткин, Н. А., Дзеранов Н. К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Матер. Пленума Правления Рос. Об-ва урологов. Сочи — Москва, 2003. с. 5-25.
2. Сытник, К. А. Компьютерная томография в диагностике уретеролитиаза: дис. ... канд. мед. наук. Обнинск-2004.
3. Вайнберг, З. С. Неотложная урология. М.: Московский рабочий, 1997. С. 11 — 16.
4. Лопаткин, Н. А. Руководство по урологии. Т. 2. М.: Медицина, 1998. с. 694 — 710, 713—716.
5. Ольшанская, Е. В. Допплерографическая и радиотермометрическая оценка почечного кровотока у больных мочекаменной болезнью: дис. канд. мед. наук. М., 2007. 137 с.
6. Tamm EP, Silverman PM, Shuman WP. Evaluation of the patient with flank pain and possible ureteral calculus. Radiology 2003; 228:319—329.
7. Ripos T, Agramunt M, Errando J, Martinez MJ, Coronel B, Morales M. Suspected ureteral colic: plain film and sonography vs unenhanced helical CT. A prospective study in 66 patients. Eur Radiol 2004; 14:129—136.
8. Palmer JS, Donaher ER, O'Riordan MA, Dell KM. Diagnosis of pediatric urolithiasis: role of ultrasound and computerized tomography. J Urol 2005; 174:1413—1416.
9. Boulay I, Holtz P, Foley WD, White B, Begun FP. Ureteral calculi: diagnostic efficacy of helical CT and implications for treatment of patients. AJR Am J Roentgenol 1999; 172: 1485—1490.
10. Dorio PJ, Pozniak MA, Lee FT Jr, Kuhlman JE. Non-contrast-enhanced helical computed tomography for the evaluation of patients with acute flank pain. WMJ 1999; 98:30-34.
11. Chen MY, Zagoria RJ. Can noncontrast helical computed tomography replace intravenous urography for evaluation of patients with acute urinary tract colic? J Emerg Med 1999; 17:299-303.
12. Chen MY, Zagoria RJ, Saunders HS, Dyer RB. Trends in the use of unenhanced helical CT for acute urinary colic. AJR Am J Roentgenol 1999; 173:1447-1450.
13. Vieweg J, Teh C, Freed K, et al. Unenhanced helical computerized tomography for the evaluation of patients with acute flank pain. J Urol 1998; 160:679-684.
14. Fielding JR, Fox LA, Heller H, et al. Spiral CT in the evaluation of flank pain: overall accuracy and feature analysis. J Comput Assist Tomogr 1997; 21:635-638.
15. Smith RC, Verga M, McCarthy S, Rosenfield AT. Diagnosis of acute flank pain: value of unenhanced helical CT. AJR Am J Roentgenol 1996; 166:97-101.
16. Fowler K, Locken J, Duchesne J, Williamson M. US for detecting renal calculi with nonenhanced CT as a reference standard. Radiology 2002; 222:109-13.
17. Kobayashi T, Nishizawa K, Watanabe J, Ogura K. Clinical characteristics of ureteral calculi detected by nonenhanced computerized tomography after unclear results of plain radiography and ultrasonography. J Urol 2003;3:799-802.
18. Sheafor DH, Hertzberg BS, Freed KS, Carroll BA, Keogan MT, Paulson EK, et al.: Nonenhanced helical CT and US in the emergency evaluation of patients with renal colic: prospective comparison. Radiology. 2000; 217: 792-7.

Принципы патогенетической терапии бронхиальной астмы у детей

Хашимова Замира Махмуджановна, резидент;
 Ахмедова Елена Александровна, резидент;
 Шамсутдинова Нафосат Алишеровна, резидент
 Кафедра неврологии и детской неврологии АГМИ

Статья посвящена принципам патогенетической терапии БА у детей. Показано, что совместное применение ингаляционных глюкокортикостероидов и предложенной схемы эффективно.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ингаляционные глюкокортикостероиды.

The article is devoted to the principles of pathogenesis therapy of asthma in children. It is shown that the combined use of inhaled glyukokortikosterioiv and the proposed scheme effectively.

Key words: Bronchial asthma, inhaled glucocorticosteroids.

Бронхиальная астма — это хроническое заболевание тивность бронхов, характеризующееся повторными эпизодами бронхиальной обструкции, обратимой спонтанно рого дыхательных путей, патогенетическую основу кото- зодами бронхиальной обструкции, обратимой спонтанно рого составляет аллергическое воспаление и гиперреак- или под влиянием проводимого лечения, проявляющейся

