

**Рецензия на книгу Б.И. Ищенко
“Рентгенологическое исследование органов мочевой системы”:
Пособие для врачей. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. 80 с.**

Любая отечественная книга, посвященная рентгенологическому исследованию органов мочевой системы, не может обойтись без упоминания классического руководства А.Я. Пытеля и Ю.А. Пытеля “Рентгенодиагностика урологических заболеваний”, изданного более 40 лет назад. К большому сожалению, в отечественной урорадиологической литературе до сих пор нет подобного издания по полноте освещения и глубине изложения этой темы. В то же время, естественно, многие положения рентгенодиагностики в урологии изменились за эти годы.

В предисловии рецензируемой книги совершенно справедливо указывается на необходимость “уточнения методических вопросов, общих принципов рентгенологического исследования органов мочевой системы, подготовки больных к рентгеноурологическим исследованиям, профилактики и оказания помощи при неблагоприятных реакциях на внутрисосудистое введение йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ (РКВ)”. Все это, без сомнения, верно, но, как известно, главным достижением лучевой диагностики последних десятилетий стало появление и широкое распространение таких лучевых методов диагностики, как УЗИ, КТ и МРТ, изменивших, прежде всего, тактику и алгоритмы использования, в том числе и традиционных урорентгенологических методик. К сожалению, эта проблема в рецензируемой книге только упомянута (“необходимость уточнения методических вопросов”). На наш взгляд, хотя книга и посвящена рентгенологическим исследованиям мочевой системы, в настоящее время в ней нельзя обойтись без рекомендаций или хотя бы кратких сведений по алгоритмам использования не только традиционных урорентгенологических методик, но и УЗИ, КТ, МРТ и радионуклидных исследований.

Приветствуя в целом выход подобной книги, считаем необходимым указать на ряд, на

наш взгляд, неточных и спорных положений и рекомендаций.

Книга начинается с достаточно полно и доступно написанного раздела, посвященного клинической анатомии и физиологии мочевых органов, что всегда необходимо для понимания и правильной трактовки получаемых рентгенологических данных.

На стр. 6 приведено описание анатомического деления почки на 5 сегментов: верхний, верхний передний, нижний передний, нижний и задний. В связи с этим, на наш взгляд, необходимо отметить, что наиболее часто употребляемое в урорадиологической литературе деление почки на три сегмента (верхний, средний и нижний) является условным и поэтому одинаково правомерно с делением почки на верхнюю, среднюю и нижнюю трети или на верхнеполярную среднюю и нижнеполярную области.

На стр. 19–20 совершенно правильное положение: “...минимальная достаточность рентгенологического обследования, предусматривающая стремление к получению максимальной информации от простых методик, что ограничивает проведение других, более сложных исследований” требует дополнения. Необходимо, на наш взгляд, дополнить его тезисом о возможности и стремлении к полной замене рентгенологических исследований в урологии лучевыми исследованиями, не сопровождающимися радиационной нагрузкой и введением инструментов в мочевые пути и забрюшинное пространство (УЗИ, МРТ, МРУ), особенно в педиатрии и для мониторинга течения заболеваний.

Постоянно употребляемый термин “нативная урография”, по нашему мнению, не совсем точен. Это связано с тем, что термин “урография” дословно можно перевести как “рентгенография мочи или мочевых путей”, а как известно, это возможно только при их внутривенном, анте- или ретроградном контрастиро-

вании в отличие от магнитно-резонансной урографии, при которой возможно получить изображение мочевых путей и без введения контрастных веществ. В связи с этим более правильным мы считаем наиболее часто употребляемый термин “обзорная или прицельная рентгенография почек и мочевых путей” или “рентгенография или обзорный снимок мочевой системы”.

На стр. 20 указывается, что “рентгеноскопия с чисто диагностической целью в настоящее время не проводится, но она достаточно широко используется по другим направлениям”. В то же время в конце главы отмечается, что “в комбинации с ЭУ просвечивание может проводиться для оценки функции лоханки”, т.е. с чисто диагностической целью. Известно, что рентгенотелевизионное просвечивание при экскреторной урографии позволяет выбирать оптимальные время и формат снимков, а также, что, по нашему мнению, особенно важно, дает неоценимую информацию не только о функции лоханки, но и об анатомо-функциональном состоянии ЛМС и верхних мочевых путей на всем их протяжении в физиологических условиях.

Трижды упоминаемые газы для контрастирования мочевых путей на стр. 25 (закись азота, углекислый газ, кислород, воздух), стр. 65 (обычно кислород или закись азота), стр. 71 (кислород или углекислый газ) и даже для инсуффляции в околопочечную клетчатку или забрюшинное пространство – стр. 69 (кислород или углекислый газ) – совершенно неправильная рекомендация! Это связано с тем, что не только воздух, но и кислород в случае возможного артериального попадания в сосудистое русло могут вызвать тромбоэмболию вплоть до летальных исходов. В связи с этим необходимо однозначно указать, что для контрастирования мочевых путей и забрюшинного пространства должны использоваться только инертные газы – углекислый газ или закись азота.

На стр. 33 – опечатка: напечатано: “неионные гимеры”, вероятно, речь идет о “неионных димерах”.

На стр. 34–35 совершенно верно отмечено, что предварительная проба на чувствительность к РКВ с введением 1,0 мл РКВ накануне ЭУ не проводится и повсеместно заменена так называемой “пробой на кончике иглы”. Хотелось бы только подчеркнуть, что такая практика существует уже более 20 лет. Неправильной является рекомендация: “...при использова-

нии неионных РКВ пробу на чувствительность к ним вообще проводить не следует”. Эта проба должна быть обязательной и при введении неионных РКВ, так как непереносимость их, как известно, встречается, хотя и значительно реже, чем при введении ионных РКВ.

На стр. 38 рекомендации производить традиционную (линейную или конвенциональную) томографию (рис. 7), как и рекомендации производить обзорные и/или прицельные рентгенограммы системы в косых проекциях в настоящее время устарели. Это связано с неоправданным увеличением лучевой нагрузки на пациента при этом, а также в связи с тем, что судить о контурах почек и их подвижности достаточно четко позволяет УЗИ, которое должно обязательно проводиться перед обзорным снимком мочевой системы или сразу после него.

На стр. 45 указано, что “...показания к ЭУ чрезвычайно широки”. Считаем необходимым подчеркнуть, что в настоящее время они постоянно суживаются из-за появления УЗИ, КТ и МРТ. К сожалению, рамки рецензии не позволяют подробно остановиться на этой теме, требующей отдельного разговора. На наш взгляд, первые 6 рекомендуемых показаний к ЭУ из 9 устарели или являются относительно новыми и спорными.

На стр. 46 считаем неправильной и опасной рекомендацию: “Контрастное вещество из флакона, забираемое путем прокола резиновой пробки, может быть использовано для внутрисосудистого введения в течение текущего дня. В другие сроки остатки контрастного вещества могут использоваться только для внутривенного введения”. Это противоречит как рекомендациям фирм-производителей РКВ, так и современным требованиям асептики, основывающейся на принципе одноразовости. Считаем необходимым подчеркнуть, что РКВ из ампул или флаконов должно использоваться только у одного пациента при любом способе введения, а остатки его не должны храниться.

На стр. 48 устарела рекомендация “об обязательном объеме исследования при ЭУ, включающем первый снимок на 5–7-й минутах, второй – на 12–15-й минутах, третий – на 20–25-й минутах”. Считаем, как и большинство авторов, что программа снимков при ЭУ всегда должна быть индивидуальной для каждого пациента.

На стр. 69 сомнителен тезис о том, что при антеградной пиелоуретрографии с введением РКВ через дренажную трубку “...показателем

