

При прорезывании швов на почке лигатуру следует затягивать над жировой тканью или фиброзной капсулой. При отрыве полюса его удаляют, и раневую поверхность ушивают с обязательной остановкой кровотечения. При нарушении целостности лоханки её следует обязательно восстановить. В заключении накладывается нефростома.

При любом характере повреждения необходимо приложить все усилия для сохранения почки. Показаниями к нефрэктомии при сохраненной функции контралатеральной почки являются отрыв сосудистой ножки (при отсутствии условий для сосудистой пластики) и выраженное размоложение почки. В ходе выполнения нефрэктомии сначала как можно более дистально перевязывают мочеточник. На сосудистую ножку почки накладывают два зажима Федорова и перевязывают ее несколькими лигатурами из рассасывающегося шовного материала, причем самая дистальная нить должна быть прошивной. Оптимальным является завершение лигирования почечной ножки раздельным ушиванием просвета артерии и вены рассасывающимися синтетическими нитями. Особенно осторожно следует манипулировать в области надпочечника, так как его развитая сосудистая сеть обуславливает высокий риск кровотечения из данной зоны. Все вмешательства обязательно завершаются дренированием паранефральной клетчатки силиконовыми трубками.

Лечение открытых повреждений почки в большинстве случаев оперативное, поскольку любая рана является инфицированной и нуждается в хирургической обработке. Целью хирургического вмешательства, как и при закрытой травме почки, является остановка кровотечения, восстановление оттока мочи и дренирование паранефрального пространства. В случае краевых ранений, отрыва полюса, при ранении единственной почки возможно выполнение органосохраняющих операций. Особо следует отметить, что во время операции в ряде случаев происходит ятрогенная травма почки в виде повреждения ее фиброзной капсулы или паренхимы, что особенно характерно при ее аномальном расположении (тазовая и подвздошная дистопия). Ликвидация последствий интраоперационной травмы почки во многом зависит от этапа выполнения основного хирургического вмешательства. Травматическое повреждение фиброзной капсулы почки следует устранить сразу же после его обнаружения. В этом случае на капсулу необходимо наложить отдельные узловые швы из рассасывающегося шовного материала, с тем расчетом, чтобы нить располагалась не менее, чем в 1,5-2 см от краев раневого дефекта. При повреждении паренхимы почки не следует сразу же пытаться остановить кровотечение с помощью зажимов. Это приводит к еще большей травме за счет размоложения тканей почки. В этом случае тампоном или салфеткой, соблюдая осторожность и исключая приложения чрезмерного усилия, необходимо прижать место повреждения, что часто приводит к остановке кровотечения. Затем рану ушивают круглой атравматической иглой с рассасывающейся нитью, вкалывая ее в паренхиму почки, отступив на 0,5-1 см от края раневого дефекта. Шов следует затягивать очень осторожно, только до сближения краев раны, так как чрезмерное усилие неизбежно приводит к прорезыванию его и усилению кровотечения.