

Раздел VI

Общая и неотложная урология.

Ранняя диагностика и хирургическое лечение первичного острого пиелонефрита.

Алферов С.М. Дурникин А.М. Зубарев А.В. Морозов С.П. Васильева М.Ю.

Управление делами Президента РФ. ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» г.Москва

Острый пиелонефрит и его осложнения занимают первое место в структуре летальности урологических больных [Глыбочко П.В. 2007г.] Увеличивается количество случаев атипичного течения острого пиелонефрита [Лопаткин Н.А. 1998г.] Актуальность проблемы ранней диагностики и лечения острого пиелонефрита не вызывает сомнения.

Целью нашего исследования явилось формирование оптимального диагностического алгоритма, направленного на раннее выявление гнойно-деструктивных изменений паренхимы почек у пациентов с первичным острым пиелонефритом, а также, оценка результатов модифицированного хирургического лечения у больных с гнойно-деструктивным поражением паренхимы почек.

В основу нашей работы положен анализ результатов обследования и лечения 105 больных с первичным острым пиелонефритом, находившихся на лечении в урологическом отделении ФГУ «ЦКБсП» УДП РФ с 2003 по 2008 год. Возраст пациентов от 18 до 77 лет. Из 105 больных первичным острым пиелонефритом 84 (80%) составили женщины, и только 21(20%) мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4.

Опыт ведения больных с острым пиелонефритом позволил нам выработать оптимальный диагностический алгоритм. Наряду с рутинными методами обследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма) всем больным выполнялось экстренное ультразвуковое сканирование почек с применением цветовой доплерографии и до нормализации температуры тела ежедневный ультразвуковой мониторинг почек. В случае выявления при ультразвуковом сканировании почек гипозехогенных участков, участков обеднения кровотока паренхимы почек, жидкости в паранефрии, выполнялась экстренная компьютерная томография почек с внутривенным контрастным усилением. КТ почек с контрастным усилением, позволило нам выявить наличие гнойно-деструктивных изменений паренхимы почек, и своевременно выполнить экстренное оперативное вмешательство.

Нами применялась модифицированная методика выполнения операции. Проведение нефростомы (нижняя, средняя или верхняя чашечки) в зависело от локализации гнойно-воспалительных очагов. Нефростомический дренаж фиксировался к паренхиме почки вместе с фиброзной капсулой кетгутом. После установки нефростомы и ушивания лоханки проводилась декапсуляция почки. Особенностью выполнения декапсуляции почки является сохранение циркулярного участка капсулы почки, свободного от гнойно-деструктивных изменений, в зоне установки нефростомы, что позволило значительно уменьшить риск прорезывания лигатур, линейных разрывов паренхимы в месте вкола иглы, кровотечения. В особых случаях, при множественных сливных карбункулах, когда проведение нефростомы выполнялось через декапсулированный участок паренхимы почки, нефростома фиксировалась по специальной методике с применением пластин «Сурд-жесел»(Johnson&Johnson), что позволило избежать прорезывания лигатур, кровотечения и обеспечило надежную фиксацию нефростомического дренажа.

Выполнено 29 операций по поводу первичного острого гнойно-деструктивного пиелонефрита. Операции выполнены в первые сутки поступления пациентов в стационар в 24