

но опухолевое её поражение в стадии Т3; МКБ с изолированным поражением сегмента почки - 9 (25,7%); аномалии почек - 4 (11,4%).

Результаты: Выполнялись следующие виды резекции: клиновидная - 9 случаев (25,7%), плоскостная - 20 (57,1%), фронтальная - 4 случая (17,2%). При нефролитиазе выполнялась клиновидная резекция. При этом накладывался непрерывный двухрядный атравматический шов («Полисорб 3/0»). Первым рядом ушивались шейки чашки, а второй ряд обвивных швов накладывается на паренхиму с захватом фиброзной капсулы почки. Чашечно-лоханочная система дренировалась нефростомой или стентом.

При раке почки применялись плоскостная и фронтальная резекции. Линия резекции проходила на расстоянии 10 мм от края опухоли. Гемостаз осуществлялся П-образными швами, под которые на линию резекции укладывалась пластина «Тахокомба» и кусочки паранефрального жира. Лоханка не дренировалась. Во всех случаях почечная артерия отжималась сосудистой «клипсой» сроком на 15-30 минут. Для предупреждения ишемических осложнений использовали обкалывание сосудистой ножки 0,5% раствором новокаина, местную гипотермию и ангиопротекторы. Интраоперационная кровопотеря составила 300-700 мл. Одному пациенту с раком единственной почки и опухолевым тромбозом нижней полой вены выполнена резекция почки и тромбэктомия с благоприятным исходом. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и угрожающих жизни осложнений не было.

При резекции единственной почки у 6 из 11 больных в послеоперационном периоде отмечено повышение уровня мочевины (до 16 ммоль/л) и креатинина (до 280 мкмоль/л), которые после консервативной терапии пришли в норму. Гемодиализ этим пациентам не проводился.

Вывод. Применение резекции почки при различных урологических заболеваниях позволяет радикально устранить патологический очаг, сохранить орган и добиться хороших функциональных результатов.

Оценка результатов дренирования гнойно-деструктивного очага почки у больных посттравматическим пиелонефритом

Донсков В.В.¹⁾, Мовчан К.Н.¹⁾, Старцев В.Ю.²⁾

1) Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга,

2) Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава, г. Санкт-Петербург.

Введение. Несвоевременная диагностика инфекций верхних мочевыводящих путей у больных после политравмы приводит к развитию необратимых изменений в почке и к более тяжёлому течению основного заболевания. Проблема диагностики и лечения острого пиелонефрита у таких больных остаётся актуальной.

Материал и методы. Нами изучены результаты наблюдения 29 пациентов (18 женщин, 11 мужчин) в среднем возрасте 41,4 года (от 24 до 62 лет), перенесших политравму. У всех больных, помимо тупой травмы поясничной области и живота (в том числе – у 8 пациентов с комбинированными переломами нижней конечности), отмечено развитие острого пиелонефрита.

Результаты. При ультразвуковом исследовании у 23 пациентов в паренхиме почки выявлены жидкостные очаги со снижением или с отсутствием кровотока, что позволило заподозрить абсцессы почек. У 2 пациентов верифицирована деформация контура почки за счет жидкостного участка в паранефральном пространстве; при дополнительном обследовании установлен разрыв паренхимы почки с формированием забрюшинной гематомы, с признаками гнойного расплавления. В 4 случаях почка на стороне поражения была увели-