

- Лейкоплакия чаще встречается у пациенток с более тяжёлым течением цистита.
- Коагуляция очагов лейкоплакии приводит к стойкой длительной ремиссии у 64% пациенток с хроническим циститом.
- Одним из этих факторов, вызывающих лейкоплакию, возможно является кристаллурия - проявление дисметаболической нефропатии.

Острый пиелонефрит в ургентной урологической практике на примере урологического отделения многопрофильного стационара

Пивоваров Е.А., Мусохранов В.В., Спектор А.А., Устюжанин С.А.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава, МУЗ «Городская клиническая больница №1» им. А.Н. Кабанова. г.Омск.

Инфекция верхних мочевых путей остается актуальной урологической проблемой. По данным урологического отделения Омской городской клинической больницы № 1 им. Кабанова А.Н. за 2008 год по неотложной урологической помощи поступило 229 пациентов с инфекцией верхних мочевых путей, что на 7% больше чем в 2007 г. При этом 52 имели урологический анамнез, некоторые неоднократно лечились по поводу обострения хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни в стационарах города. Преобладали женщины, при этом средний возраст составил $29 \pm 9,4$ года. Длительность заболевания в среднем составляла $5 \pm 1,7$ суток.

В диагностике мы применяли общеклинические методы обследования. Всем пациентам выполнялась экскреторная урография. У 97 (42,4%) пациентов состояние расценивалось как тяжелое, обследование проводилось в условиях реанимационного отделения. У 104 (45,4%) пациентов имелись признаки синдрома системной воспалительной реакции, таким пациентам мы старались выполнять МСКТ почек с контрастированием. Необходимо отметить 3-х пациенток поступивших в состоянии инфекционно-токсического шока, обследование и интенсивная терапия у которых начиналась в реанимационном зале с последующей подготовкой к операции в ОРИТ.

В качестве антибактериальной терапии пациенты получали фторхинолоны, цефалоспорины 3 поколения. В комплексном лечении использовали препараты, улучшающие реологические свойства крови, улучшающие микроциркуляцию, иммунную и лимфотропную терапию. На фоне лечения уменьшение болевого синдрома наступало в среднем на 3-5 сутки, нормализация лабораторных показателей на 5-7 сутки. Средний койко-день составил $8 \pm 2,3$.

Особого внимание заслуживали пациенты с гнойно-деструктивными формами пиелонефрита - 70 человек, из них 69 женщин. При поступлении, у этих пациентов имелись признаки синдрома системной воспалительной реакции. Рентгенологическое обследование заключалось в выполнении МСКТ почек с контрастированием. При обнаружении множественных очагов деструкции или очагов более 3 см, решался вопрос в пользу оперативного вмешательства. Предоперационная подготовка составляла 2-4 часа в условиях ОРИТ. Во всех случаях мы выполняли люмботомию в положении больного на здоровом боку. При четкой локализации гнойника по КТ выполняли межмышечный доступ к почке, достаточный для полноценной ревизии органа. Во всех случаях выполнялась декапсуляция почки и иссечение гнойников. Дренирование верхних мочевых путей выполнялось при признаках нарушения оттока мочи – накладывалась концевая нефростома у 25 больных. Нефрэктомия выполнена 5 пациентам. В послеоперационном периоде в течении 1-3 дней пациенты находились в ОРИТ, затем переводились в отделение. Осложнений в послеоперационном периоде не зафиксировано. Нефростомические дренажи удалялись после восстановления адекватного оттока мочи на 7-9 день. Средний койко-день у пациентов после хирургического вмешательства составил $17 \pm 2,1$.