

**Результаты сопоставления
клинических показателей пиелонефрита в зависимости
от наличия сопутствующей патологии**

Показатель	Первая группа (n=20)	Вторая группа (n=28)
Продолжительность догоспитального периода, дней	3-4	5-7
Выраженность локального болевого синдрома	+++	+
Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки	+	±
Характер температурной реакции в предоперационном периоде	38-39,5°C*	37-38°C**
Продолжительность послеоперационного периода, дней	20,0±1,5	29,0±1,7

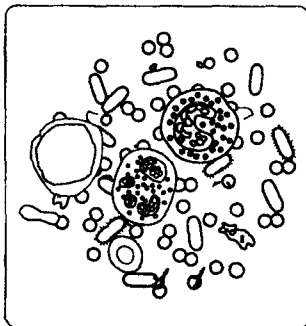
Примечания. * — гектическая лихорадка, озноб; ** — субфебрильная температура с периодическими ознобами.

носили несколько стертый характер: болевой синдром был выражен слабо, защитное рефлекторное напряжение мышц передней брюшной стенки у многих больных отсутствовало, температурная реакция имела субфебрильный характер, тогда как в первой группе больных продолжительность догоспитального периода составляла 3-4 дня, а клини-

ческая картина характеризовалась выраженным болевым синдромом и гектической лихорадкой.

Всем 48 больным с типичной картиной острого гнойного обструктивного пиелонефрита (симптоматика, лабораторные данные и результаты УЗИ-сканирования), которые еще 8-10 лет назад должны были подвергнуться открытому оперативному вмешательству, проводилось комплексное лечение (иммуностимуляторы, экстракорпоральная детоксикация, антибактериальная терапия и т.д.) в сочетании с ЧПНС в течение первых 3-4 сут от момента поступления, что позволило избежать открытого оперативного лечения у 18 больных из первой группы (90,0%) и у 21 больного из второй группы (75,0%). Неэффективность ЧПНС потребовала открытой операции у 11 больных, из них нефрэктомия в первой группе выполнена в 1 случае (5%), во второй — в 5 (17,9%).

Таким образом, опыт использования ЧПНС можно считать альтернативой открытому оперативному вмешательству у больных в комплексе с современными методами лечения, особенно у больных обструктивными уропатиями на фоне мочекаменной болезни, что позволяет снизить продолжительность стационарного лечения на 9 дней.



**В.М. Нагорный, В.В. Мазалов, Б.В. Мазалов, А.Г. Филиппов,
Н.Н.Калитин, Т.В.Крапивная, Д.В. Нагорный**

**ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОГО ПУНКЦИОННОГО
ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ
КЛЕТЧАТКИ**

Владивостокский государственный медицинский университет

Пункционные методы лечения абсцессов почек начали широко применяться в клинике урологии ВГМУ с 1999 г. С использованием этого подхода в 1999 г. пролечено 6 пациентов, в 2000 г. — 11, в 2001 г. — 8.

Все больные доставлены в урологический стационар “скорой помощью”. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 39°C, потрясающие ознобы, общую слабость. При физикальном исследовании обнаруживались болезненность в костовертебральном углу на стороне абсцесса, умеренное напряжение мышц при пальпации. Время от начала заболевания до поступления больных в клинику составило в среднем 2 нед., в течение которых пациенты в основном принимали жаропонижающие препараты, анальгетики.

В клинических анализах крови у всех больных отмечена увеличенная СОЭ (40—60 мм/ч), лейко-

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Количество больных		
	мужчин	женщин	всего
17 лет	2	-	2
19 лет	1	-	1
20-30 лет	7	4	11
31-40 лет	4	1	5
41-50 лет	2	1	3
51-60 лет	1		1
61-70 лет	2		2
Всего	19	6	25

цитоз (10—15×10¹²/л), палочкоядерный сдвиг влево в формуле крови. Биохимические исследования крови не выявили нарушения азотовыделительной функции почек.

1-2-3

Три легких шага



Сумамед®

Сумамед® является первым и единственным представителем новой подгруппы макролидных антибиотиков, получивших название азалиды

 **PLIVA**

Основными методами диагностики абсцессов почек были УЗИ, экскреторная урография, у 3 больных — компьютерная томография, у 1 больного — почечная аортография.

У всех больных в лечении абсцессов почек применяли чрескожную пункцию абсцесса с эвакуацией содержимого и последующим обязательным посевом. Четырем больным манипуляция проведена с обеих сторон одновременно.

Показаниями к чрескожному дренированию абсцессов почек служили выраженный болевой синдром, повышение температуры тела, общая интоксикация, наличие полостного образования с гнойным содержимым более 2 см в диаметре.

Методика пункции абсцессов почек заключалась в следующем. Под местным обезболиванием 2% раствором новокаина под контролем УЗИ с помощью адаптера, фиксированного на пункци-

онном датчике, производили пункцию абсцесса иглой с мандреном. Место нахождения иглы в теле пациента постоянно контролировалось на экране прибора. После пункции абсцесса мандрен из иглы удаляли и производили взятие содержимого абсцесса на бактериологическое исследование. По внутреннему просвету иглы проводили жесткий металлический проводник с гибким концом и после предварительного бужирования пункционного отверстия по проводнику в полость абсцесса устанавливали дренажную трубку с завитком типа "поросычий хвостик" на конце. Дренаж фиксировали к коже шелковыми швами. При размерах полости абсцесса более 6 см для лучшего дренирования устанавливали две дренажные трубки.

Для санации гнойной полости использовали растворы антибактериальных средств, а также ферментные препараты. Промывание полости абсцесса производили 2 раза в день. Дренажную трубку из полости абсцесса удаляли тогда, когда в течение 3-4 дней отсутствовало отделяемое из полости абсцесса при нормальной температуре тела (у 18 больных — через 8 дней, у 7 — через 12 дней).

При пунктировании абсцесса объем эвакуированного гноя колебался от 10 до 30 мл. У одного больного, употреблявшего наркотики, произошел прорыв абсцесса в забрюшинное пространство с развитием гнойного паранефрита. Пациенту установлены 2 дренажные трубки, по которым одномоментно эвакуировано до 300 мл гноя, а затем в течение 8 дней отмечалось истечение гноя от 50 до 100 мл/сут. Дренажные трубки у этого пациента удалены на 12 сут. На 16 день от момента дренирования он выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Все пациенты получали антибактериальную терапию, проводились инфузии солевых растворов. Во всех случаях достигнут положительный клинический эффект: снизилась температура (к 3 сут после эвакуации гноя), исчез болевой синдром, опорожнилась полость абсцесса. Перед выпиской для контроля за полостью абсцесса больным выполнялось ультразвуковое исследование.

За последние 3 года по поводу абсцесса почки оперирована лишь одна больная с наркотической зависимостью. Пациентка поступила через 1,5 мес. от начала заболевания. Попытка пройти иглой в полость абсцесса не удалась из-за наличия плотной капсулы. Абсцесс почки у этой больной вскрыт оперативным путем.

Таким образом, чрескожная пункция абсцесса почки и дренирование его является малотравматичной высокоэффективной манипуляцией, направленной на купирование гнойно-воспалительного процесса. С этих позиций выполнение чрескожной пункции абсцесса почки может быть альтернативой оперативным методам лечения, представляя для больного несравненно меньший риск. Наш скромный опыт, основанный на применении чрескожной пункции абсцессов почек и дренировании полости абсцесса, позволяет рекомендовать последний в практику врача-уролога.

