

УДК 616.61-002.3-036.11-07-08

А. Н. Нечипоренко¹, Д. М. Василевич², Н. А. Нечипоренко¹, Г. В. Юцевич¹

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гродненская университетская клиника»

г. Гродно, Республика Беларусь

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ОДНОСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Введение

До внедрения в клиническую практику УЗИ, МРТ и КТ диагноз «острый гнойный пиелонефрит» всегда содержал элемент вероятности. С внедрением в урологическую практику УЗИ, МРТ и КТ с контрастным усилением появилась возможность у ряда пациентов с ОП диагностировать такие его гнойные формы, как карбункул и абсцесс почки, и шире применять органосохраняющие методы лечения [1, 2].

Цель

Оценка разрешающих возможностей УЗИ, МРТ и КТ в диагностике ОГП и непосредственных результатов лечения пациентов с односторонним ОГП методами:

- 1) открытой операции с последующей целенаправленной антибактериальной терапией;
- 2) целенаправленной антибактериальной терапии при восстановленном оттоке мочи из почки установкой мочеточникового стента или пункционной нефростомой;
- 3) только целенаправленной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией при сохраненном оттоке мочи из пораженной почки.

Материалы и методы исследования

Наблюдали 232 пациента с односторонним ОГП. Мужчин было 61 (26,3%) (возраст $53,5 \pm 2,4$ лет), женщин – 171 (73,7%) (возраст – $54,7 \pm 1,5$ лет).

Всем пациентам проведено стандартное клиничко-лабораторное обследование и выполнены специальные исследования: УЗИ почек и мочевого пузыря – 232 (100,0%) пациентам, экскреторная урография – 173 (74,6%); МРТ или КТ без и с контрастным усилением – 155 (66,8%) пациентам.

Результаты специальных исследований позволили оценить состояние уродинамики в пораженной почке, выявить признаки гнойной деструкции в ней и провести адекватное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении всем 232 пациентам на основании клиничко-лабораторного обследования и специальных методов обследования диагностирован острый гнойный односторонний пиелонефрит.

Ретроспективный анализ результатов УЗИ, МРТ и КТ с контрастным усилением, выполненных 132 пациентам, с подтвержденным на операции ОГП позволил выделить и сгруппировать вероятные и абсолютные томографические признаки ОГП (карбункул или абсцесс почки). Абсолютных томографических признаков апостематозного пиелонефрита

та методами визуализации выявить не удастся. В таблице 1 приводим диагностическую чувствительность УЗИ, МРТ и КТ в выявлении очаговой гнойной деструкции в паренхиме почки у 132 пациентов с ОГП.

Таблица 1 – Диагностическая чувствительность УЗИ, МРТ и КТ с контрастным усилением в выявлении очагов гнойной деструкции в паренхиме почки у 132 пациентов с ОГП

Метод обследования	Вероятные признаки ОГП	Абсолютные признаки ОГП
УЗИ почек	39,5%	60,5%
МРТ или КТ почек с контрастным усилением	8,6%	91,5%

Уточнение объема гнойной деструкции в почке и состояние уродинамики в пораженной почке по результатам МРТ и КТ позволило обосновано выбрать метод лечения (консервативное или хирургическое лечение). В таблице 2 приведены методы лечения, проведенного 232 пациентам с односторонним ОГП.

Таблица 2 – Методы лечения, проведенного 232 пациентам по поводу острого гнойного одностороннего пиелонефрита

Метод лечения	Количество пациентов
I. Органосохраняющая открытая операция + АБТ	105 (45,3%)
II. Открытая нефрэктомия + АБТ	27 (11,6%)
III. Пункционная нефростомия + АБТ	23 (9,9%)
IV. Мочеточниковый стент + АБТ	39 (16,8%)
V. Только АБТ	38 (16,4%)
Всего	232 (100,0%)

I. Непосредственные результаты открытых органосохраняющих операций, выполненных 105 пациентам (см. таблицу 2). После операции умерли 3 пациента (2,9%) по причине развития уросепсиса. 102 пациента выписаны из клиники с рекомендациями продолжить антибактериальное лечение в амбулаторных условиях.

II. Непосредственные результаты нефрэктомии, выполненной 27 пациентам (см. таблицу 2). После операции умер 1 (3,7%) пациент при явлениях прогрессирующего уросепсиса. В удовлетворительном состоянии выписаны из клиники 26 пациентов с рекомендациями продолжить антибактериальное лечение в амбулаторных условиях.

III. Непосредственные результаты лечения 23 пациентов с ОГП методом дренирования почки пункционной нефростомой с последующей АБТ и дезинтоксикационной терапией (см. таблицу 2). Несмотря на проводимое лечение, после дренирования почки умерли 2 пациента (8,7%) по причине прогрессирующего уросепсиса. Из клиники выписан 21 пациент с функционирующей нефростомой на амбулаторное лечение.

IV. Непосредственные результаты лечения 39 пациентов с ОГП методом дренирования почки мочеточниковым стентом с последующей антибактериальной терапией (см. таблицу 2). Все 39 пациентов выписаны из клиники через 16–26 дней в удовлетворительном состоянии со стентом и рекомендациями продолжить антибактериальную терапию в амбулаторных условиях с повторной госпитализацией через 1 мес. для удаления стента и ликвидации обструкции мочеточника.

V. Только медикаментозное лечение проведено 38 пациентам (см. таблицу 2). Все 38 пациентов выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на 16–20-е сут со дня поступления с рекомендациями продолжить антибактериальную терапию в амбулаторных условиях, так чтобы общая продолжительность непрерывной антибактериальной терапии составила 6 нед.

Заключение

В настоящее время лучшим методом документирующей диагностики очаговой гнойной деструкции в паренхиме почки (карбункул и абсцесс почки) является МРТ или КТ с контрастным усилением. При одиночном карбункуле почки диаметром до 4 см и при апостематозном пиелонефрите в случае сохраненного или восстановленного стентом или пункционной нефростомой оттока мочи из почки консервативное лечение пациента позволяет купировать гнойный процесс.

Открытая органосохраняющая операция остается надежным методом лечения пациентов с односторонним острым гнойным пиелонефритом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Курзанцева, О. М. Современная лучевая диагностика абсцесса почки / О. М. Курзанцева // Sono-Ace Ultrasound. – 2018. – № 31. – С. 47–56.
2. Синякова, Л. А. Функциональное состояние почек у больных, перенёсших гнойный пиелонефрит / Л. А. Синякова, Е. В. Берников, О. Б. Лоран // Вестник урологии. – 2018. – Т. 6, № 4. – С. 49–59.

УДК 616.683-008.8

А. В. Никуленков, П. К. Разсамакина, Ю. Г. Дегтярев, М. В. Ракевич
Учреждение здравоохранения
«Минская областная детская клиническая больница»
г. Минск, Республика Беларусь

АБДОМИНО-СКРОТАЛЬНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА

Введение

Гидроцеле (водянка яичка) у детей, в отличие от взрослых, имеет специфичный патогенетический механизм возникновения: оно чаще сообщается с брюшной полостью, а доля изолированного гидроцеле не превышает 3,7%. Целью оперативного вмешательства при этом является разобщение персистирующего влагалищного отростка брюшины. С развитием современных технологий данный вид оперативного вмешательства все чаще выполняется из лапароскопического доступа. Это расширяет возможности диагностического этапа оперативного вмешательства, при котором в редких случаях выявляется абдомино-скротальное гидроцеле (далее – АСГ) [1], которое требует иных подходов в хирургическом лечении. Ввиду редкой встречаемости этой патологии (с 1777 г. в мире зарегистрировано лишь 579 случаев [2]) единого подхода к диагностике и оперативному лечению данного вида гидроцеле в настоящее время не разработано [2].

Цель

Разработать методику стандартизированного патогенетически обоснованного малоинвазивного оперативного лечения АСГ у детей.