

Н.П. Мунгалов, Р.Е. Минашкин

ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ ПОЧКИ

ГОУ ВПО Читинская медицинская академия Росздрава (Чита)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время диагностика и лечение закрытых повреждений почек в основном проводятся в крупных клинических больницах. В этих учреждениях есть возможность использования достижений современной медицины: ультразвуковая диагностика, компьютерная томография и ангиография.

Однако практическая помощь больным с травмой почек в районных больницах находится на низком уровне. До сих пор встречаются грубые диагностические и лечебные ошибки. Так, анализ оказания медицинской помощи в Ростовской области (Костюков С.И. и соавт., 1993) показал, что у 66 % пациентов с повреждением почек операции в районных медицинских учреждениях завершились повторной операцией, а у 15 % больных выполнена повторная нефрэктомия. Всё это связано с недостаточной диагностикой в районном звене здравоохранения и малым оснащением новейшими технологиями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 5 лет в урологической клинике ЧГМА находилось на лечении 69 пациентов с закрытой травмой почки.

В клинике диагностику травм повреждений почек начинаем с ультразвукового исследования. Однако в процессе наблюдения у 56 пациентов выполнялась экскреторная урография, которая позволяет судить о функции и характере повреждения. Одной из важных задач экскреторной урографии являются точные сведения о наличии контрлатеральной почки и её функции, что важно в случае намечающегося оперативного вмешательства и возможной нефрэктомии.

Врачу надо быть готовым к разнообразным рентгенологическим симптомам, позволяющим правильно поставить клинико-рентгенологический диагноз, от которого будет зависеть правильная лечебная тактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологическая картина закрытых повреждений полиформы многообразна. При анализе 56 обзорных и экскреторных урограмм мы выделили следующие рентгенологические признаки, позволяющие выбрать правильную тактику в лечении:

I. Признаки ретроперитонеальной околопочечной урогематомы:

- а) обширная разлитая гомогенная тень в области почки;
- б) отсутствие контуров *m. psoas*;
- в) смещение мочеточника;
- г) сколиоз.

II. Признаки ушиба почки:

а) лоханка и чашечки не изменены при наличии позднего выделения контрастного вещества и снижения его интенсивности.

III. Признаки контузии мозгового вещества почки:

- а) постравматическая экстравазация.

IV. Признаки субкапсулярного разрыва почки:

- а) серовидное затекание контрастного вещества в паренхиму почки;
- б) увеличение размеров одной из почек.

V. Признаки глубоких и множественных разрывов:

- а) ампутация чашечек;
- б) затекание контраста за пределы почки;
- в) феномен «немой» почки.

Эти данные показывают, что экскреторная урография позволяет распознать вид и тяжесть повреждения почки в 80 % случаев. К ретроградной пиелографии прибегаем крайне редко, т.к. экскреторная урография позволяет ответить на многие вопросы.

ВЫВОДЫ

Учитывая клинико-рентгенологическую картину повреждений, мы оперировали 17 пациентов, которым было выполнено 11 нефрэктомий, а у 6 проведено ушивание почек.

52 пациентам проводилось консервативное лечение с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Таким образом, мы считаем, что в urgentной урологии в ЦРБ, где ограничен выбор диагностических методов, экскреторная урография должна оставаться ведущим диагностическим методом. Дежурный хирург и уролог должны владеть этим несложным, но информативным методом.

Н.П. Мунгалов, А.В. Чередник

ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

В современной хирургии резекция любого органа, пораженного патологическим процессом, является не только радикальным, но и более распространенным органосохраняющим оперативным вмешательством. При резекции почки этому, в большей степени, способствовало внедрение в повседневную практику новых визуализирующих методов исследования (КТ, МРТ), совершенствование техники оперативных и анестезиологических пособий, а также исследования в области сосудистой хирургии. Все это привело к расширению показаний к данной операции при различных нозологических формах заболеваний почек и верхних мочевыводящих путей.

Основная тактика при проведении резекции почки заключается в создании оптимального доступа, выделении сосудистой ножки, определении границ резекции, проведении интраоперационной противоишемической защиты. После пережатия сосудистого пучка выполняют резекцию, после чего производят ушивание полостной системы почки и окончательный гемостаз. Далее края резецированной ткани сближают узловыми, П-образными или непрерывными швами, используя в качестве амортизирующих элементов фрагменты мышц или паранефральной клетчатки. Время тепловой ишемии варьирует от 30 до 50 минут. В качестве дополнительных гемостатических средств используют гемостатическую губку, тахокомб и т.д., медицинские лазерные приборы.

В нашей работе с целью создания временного гемостаза на момент проведения резекции мы использовали несколько вариантов: предварительное прошивание почечной паренхимы 4–6-кетгутowymi нитями попеременно с передней и задней поверхности почки, с последующей вставкой амортизирующих элементов из жировой или мышечной ткани и натяжением этих нитей; пальцевое сдавление паренхимы почки в зоне резекции или наложение сосудистого зажима на почечную артерию.

За период с 2005 по 2007 гг., нами было проведено 12 резекций почки при различных патологических состояниях. Средний возраст оперируемых больных составил $42 \pm 3,2$ года. Среди основных нозологических форм преобладает мочекаменная болезнь с формированием рецидивного конкремента в н/чашечке после проведенных ранее пиелолитотомий и сеансов ДУВЛ — 5 пациентов. Изолированный гидрокаликоз (синдром Fraley) встречался в 2 случаях, травма почки — в 2. В ходе реконструктивно-пластических операций по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, обусловленной aberrантным сосудом, резекция нижнего полюса почки произведена в двух случаях — технически невозможно было произвести транспозицию, а при пережатии aberrантного сосуда возникла стойкая ишемия нижнего сегмента. При почечно-клеточном раке в стадии T1a и локализацией в нижнем сегменте почки резекция выполнена в одном случае. Последующий ежеквартальный послеоперационный мониторинг рецидива не выявил. Интраоперационная кровопотеря составила от 150 до 200 мл. Пережатие сосудистой ножки применяли в пяти случаях, протекающих в дальнейшем без осложнений.

Среди послеоперационных осложнений следует отметить один случай кровотечения на 11 сутки после резекции почки у пациента с закрытой травмой Grade 4. Данное осложнение, которое мы связываем с развитием ишемии в зоне резекции, было ликвидировано консервативными методами. Возникновения мочевых фистул и других осложнений мы не наблюдали.

Таким образом, применение резекции почки в лечении многих урологических заболеваний является перспективным и функционально обоснованным методом, позволяющим добиться благоприятных отдаленных результатов.