

Козлов В.А.¹, Бершадский Я.В.², Вахрушев А.А.²

Применение метода криодеструкции почки при оперативном лечении острого гнойного пиелонефрита

1 - ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», Кафедра хирургических болезней, г. Екатеринбург; 2 – МУ ЦГКБ №1, г. Екатеринбург

Kozlov V.A., Bershadsky Y.V., Vakhrushev A.A.

Use the Cryodestruction kidney with prompt treatment of acute suppurative pyelonephritis

Резюме

За период с декабря 2009 по декабрь 2011 нами пролечено 26 пациентов с осложненными формами острого гнойного пиелонефрита. Всем больным проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Из них, 16-ти пациентам проведено хирургическое лечение с применением метода криодеструкции карбункулов почки. На 1сутки, 3-5сутки, 7сутки послеоперационного периода оценивали: общие клинические анализы крови и мочи; процесс заживления раны; температурную реакцию; функцию почек (рентген -, ультразвуковая диагностика).

Достигли: уменьшение сроков лечения, заживления раны и реабилитации пациентов.

Ключевые слова: острый гнойный пиелонефрит, карбункул почки, криодеструкция

Summary

For the period from December 2009 to December 2011 US 26 patients were treated with complicated acute suppurative pyelonephritis. All patients conducted clinical, laboratory and instrumental methods of study. Of them, 16-a surgical treatment of patients with cryodestruction renal carbuncles method. At 1- 3th days, 5th days, 7th days postoperative period assessed: General clinical blood and urine tests; the wound-healing process; thermal reaction; kidney function (x-rays, ultrasound Diagnostics). Reach: reducing the duration of treatment, wound-healing and rehabilitation of patients.

Keywords: acute pyelonephritis, cryodestruction, carbuncle

Введение

За последние годы отмечается рост пациентов с осложненными формами острого гнойного пиелонефрита. Гнойный пиелонефрит, карбункул почки – тяжелое заболевание, сопровождающееся возникновением септического состояния, и как следствие потерей почки. Традиционная тактика предусматривает экстренное оперативное лечение в объеме декапсуляции почки, иссечение карбункулов, нефростомию, дренирование паранефральной клетчатки тампонами и дренажами. Послеоперационный период осложняется длительным заживлением раны, в основном за счет стояния тампонов, обильного раневого отделяемого. Это увеличивает сроки реабилитации больных, ухудшает косметический эффект.

В настоящее время отмечается широкое внедрение в хирургию использования низких температур (-160С,-180С). Криовоздействие обладает рядом положительных моментов, доказанных в многочисленных научных работах (1,2) и в клинической практике:

1. Гемостатический эффект: воздействие низкими температурами способствует облитерации сосудов микроциркуляторного русла (гистологически - образование

слабей, увеличение агрегации эритроцитов и форменных элементов крови), и далее сосудов III, II калибров, что имеет большое значение при кровотечениях из паранефральных органов.

2. Пролiferативный эффект: заживление дефекта осуществляется органоспецифической тканью: особенностью очага деструкции после применения криовоздействия, является – сохранение структуры клеток, клеточного каркаса. На базе которого происходит формирование новой мезенхимальной ткани.

3. Иммуностимулирующий эффект: Активация местного и гуморального иммунитета. Реакции Т-клеток, макрофагов непосредственно в зоне поражения, выработка антигенов и модуляторов клеточного ответа стимулируемых сохраненными клеточными структурами, и т.д. В хирургии имеется большой опыт использования криовоздействия в различных областях абдоминальной хирургии (криоваготомия при язвенной болезни желудка и ДПК, в том числе при гнойных процессах – абсцессах печени), в гинекологии (лечение синдрома хронической тазовой боли), в урокологии (криодеструкция опухолей почки).

Учитывая вышеописанное мы решили использовать метод криовоздействия при лечении осложненных форм острого гнойного пиелонефрита.

Цель исследования - Оценить процесс заживления раны и течение воспалительного процесса у пациентов подвергшихся оперативному лечению, с применением метода криодеструкции почки в связи с развитием осложненных форм острого гнойного пиелонефрита - карбункула почки.

Материалы и методы

За период с декабря 2009 по декабрь 2011 нами пролечено 26 пациентов с осложненными формами острого гнойного пиелонефрита. При оценке результатов учитывались: возраст, социальное положение, сопутствующие заболевания, длительность заболевания до обращения в стационар.

Пациенты контрольной группы выявлены ретроспективно по материалам историй болезни.

У пациентов исследуемой группы была выполнена операция с применением метода открытой ретроперитонеоскопии. Осуществлялся межмышечный доступ в X-XI межреберье 4-5см, декапсуляция пораженной почки, иссечение карбункулов, обработка пораженных зон жидким азотом. Дренажирование раны осуществлялось без тампонов в околопочечном пространстве. Для дренажирования почки был применен метод внутреннего дренажирования (установка катетера-стента).

У пациентов контрольной группы выполнялась традиционная люмботомия в X-XI межреберье, декапсуляция пораженной почки, иссечение карбункулов, нефростомия. Дренажирование забрюшинного пространства осуществлялось с оставлением тампона с антибактериальной мазью в околопочечном пространстве

В качестве инструментария для криодеструкции использованы специальные насадки диаметром от 1.0-3.0см в диаметре (в зависимости от величины карбункулов), температура воздействия от -160 до -180С, с длительностью экспозиции 10 секунд.

Инструментарий разработан на кафедре хирургических болезней УГМА. Результаты наблюдений оценивались по общим клинико-лабораторным данным, процессу заживления раны (отделяемое), среднему койко-дню.

Результаты и обсуждение

Первая (исследуемая группа) 26 пациентов получали лечение с применением метода криодеструкции, вторая (контрольная) 23 пациента получали лечение по традиционной методике.

Средний возраст в первой группе составил 21-41 лет, во второй 21-30 лет. По полу в первой группе 5 муж-

чин, 21 женщина. Во второй группе 4 мужчины, 19 женщин.

Одинаково часто поражается правая и левая почки. В первой группе наблюдалось 3 пациента с ВИЧ-инфекцией, во второй 1.

Клиническая картина, лабораторные данные представляли классическое течение острого гнойного пиелонефрита. Давность заболевания в обеих группах была от 2х-3х суток и более, в среднем составляла 3,4 дня в первой группе и 2,7 дня в контрольной.

В первой группе раневое (серозное, геморрагическое) отделяемое - на 1-2е сутки 50-150мл, 2-3 сутки 50 и менее; на во второй группе: 2е сутки от 150 до 350мл, 3-4е сутки 100-150мл, 5-6е сутки 50 и менее.

Лабораторные данные: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг нормализовались в первой группе на 3-4 сутки, во второй - лейкоцитоз снижался к 5-6 суткам, а островоспалительные изменения крови нормализовались на 4-5 сутки. Прочие показатели (ОАМ, Иммунология, СОЭ) имели также тенденцию к более ранней нормализации у пациентов исследуемой группы.

Средний койко-день в первой группе составил 8-10, во второй от 9 до 24 дней

В отношении температурной реакции существенных различий не выявлено.

Процесс заживления раны объективно протекает быстрее у пациентов в исследуемой группе. Это обусловлено меньшим сроком стояния дренажей, отсутствием тампонов, а также малоинвазивным доступом.

Выводы

Применяемый нами метод лечения - криодеструкция карбункулов почки, объективно дает положительные результаты. Мы можем ретроспективно судить о благоприятном его влиянии при лечении острого гнойного пиелонефрита.

В процессе наблюдения отмечается более ранние сроки заживления послеоперационной раны, сокращения сроков пребывания в стационаре, на 40% быстрее восстанавливается в дальнейшем трудоспособность пациентов. ■

Козлов В.А. - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Уральской государственной медицинской академии; Бершадский Я.В. - к.м.н., заведующий урологическим отделением МУ ЦГКБ №1; Вахрушев А.А. - врач урологического отделения МУ ЦГКБ №1, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Козлов В.А., 620075, г. Екатеринбург, ул. Репина, д.3, тел.: (343) 214-86-71, usma@usma.ru.

Литература:

1. Грищенко В. И., Сандомирский Б. П. Криохирургия: пути и перспективы развития // Харьк. мед. журн. 1995.— № 1.— С. 5-8.
2. Б. И. Веркин, В. А. Никитин, К. В. Божко и др.— К.: Наукова думка, 1990.— 272 с.
3. Чеканов В. П. Применение холода для лечения гной-

- ных ран (экспериментально-клиническое исследование): Дис. канд. мед. наук. Харьков, 1984.— 160 с.
4. 'Сандомирский Б. П., Исаев Ю. И., Волына В. В. Холодовое лечение ожогов.— К.: Наукова думка, 1981.— 104 с.
 5. Задорожный Б. А. Криотерапия в дерматологии.— К.: Здоров'я, 1985.— 72 с.
 6. Лупальцев В. И., Дехтярук И. А., Лупальцев И. В. Локальное дозированное охлаждение в комплексном лечении гнойно-некротических поражений мягких тканей // Успехи современной криобиологии: Тр. 2-й междунар. конф.— Харьков, 1992.— С. 104.
 7. Опыт криолечения ран у больных, оперированных по поводу перфоративных язв / А. Е. Ладога, Г. Е. Молотягин, В. М. Зыбин и др. // Пробл. криобиологии. 2001.— № 3.— С. 84.
 8. Гулевский А. К., Бондаренко В. А., Белоус А. М. Барьерные свойства биомембран при низких температурах. К.: Наукова думка, 1988.— 205 с.
 9. Криогенный метод лечения опухолей головы и шеи. А. И. Пачес, В. В. Шенталь, Т. П. Птуха и др.— М.: Медицина, 1978.— 168 с.
 10. Zacarian S. A. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders.— St. Louis, Toronto, Princeton: The C. V. Mosby Company, 1985.— 329 p.
 11. Боженков Ю. Г. Криогенное лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Пермь, 1988.— 30 с.
 12. Белоус А. М. Проблемы регенерации тканей при местном криовоздействии // Пробл. криобиологии. 1992.— № 1.— С. 14–18.
 13. Мелешкевич А. В. Местная гипотермия как фактор стимуляции регенеративных процессов в гнойной ране // Матер. 8-й науч. сес. Гродненского мед. ин-та.— Минск, 1971.— С. 117–118. 80
 14. Пасичный Д. А. Заживление ран методом криообработки и растяжения околораневых тканей: эксперимент, морфология, клиника // Междунар. мед. журн.— 2006.— Т. 12, № 3.— С. 93–100.