

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Н.В. Багрицевич, А.Н. Багрицевич, Т.А. Лазаренко, Я.С. Клименков
УЗ «Могилевская областная клиническая больница», Республика Беларусь,
г. Могилев

Введение. В урологической практике для восстановления пассажа мочи из верхних мочевых путей используют долговременное наружное (нефростомия, пиелостомия) и внутреннее (установка стента) дренирование. Выбор способа восстановления пассажа мочи остается на усмотрение врача, так как отсутствуют строгие показания для выбора метода дренирования верхних мочевых путей. Внутреннее дренирование используется чаще в виду меньшей инвазивности.

Цель исследования. Оценить эффективность стентирования и пункционной нефростомии как методов дренирования верхних мочевых путей при остром обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации за 2016-2019 годы 140 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 74 лет с обструктивным пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни. С целью восстановления пассажа мочи им выполнялось или стентирование верхних мочевых путей или чрескожная пункционная нефростомия. В первую группу исследования включены 40 пациентов, которым выполнена пункционная нефростомия, во вторую соответственно 100 пациентов, которым произведено стентирование. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести воспалительного процесса. Сторона поражения не влияла на выбор методики дренирования мочи.

Пункционную нефростомию выполняли под местной инфильтрационной анестезией и ультразвуковым контролем, стентирование – с инстилляцией местного анестетика в уретру или под спинно-мозговой анестезией и рентгенологическим контролем. В послеоперационном периоде наряду с оценкой клинических проявлений на 1, 3, 5 и 9 сутки проводили лабораторный, бактериологический и ультразвуковой контроль.

Результаты. Неудач в постановке пункционной нефростомы, а также травматических осложнений со стороны дренируемой почки в первой группе отмечено не было. Умеренная макрогематурия по дренажу имела место у 17 больных и была купирована консервативной гемостатической терапией на 1-3 сутки. Диаметр устанавливаемого дренажа определялся клинической ситуацией и размерами полостной системы почки. Были использованы j-нефростомы 12 и 14 Ch, На 3-и сутки на фоне нарастающей интоксикации оперирован 1 пациент первой группы. При ревизии почки были выявлены множественные апостемы и карбункулы, учитывая тяжесть синдрома системной воспалительной реакции, сохранность контралатеральной почки, выполнена нефрэктомия.

Во второй группе пациентов для дренирования использованы стенты 6 и 8 Ch. Макрогематурия, обусловленная пузырьным концом стента, в этой группе отмечена у 34 пациентов и зачастую имела место на протяжении всего периода наблюдения. Данное осложнение потребовало проведения гемостатической и анальгетической терапии, а также назначения альфа-адреноблокаторов, что, однако, не сопровождалось значимым клиническим эффектом. Макрогематурия и отрицательная клиничко-лабораторная динамика, проявившаяся в прогрессировании пиелонефрита, стали причиной открытой ревизии почки у 1 пациента. Кроме того, неадекватная работа стента (расширение чашечно-лоханочной системы при пустом мочевом пузыре по данным УЗИ), послужила причиной перехода на пункционную нефростомию еще у 2 пациентов.

В наших наблюдениях не отмечено случаев миграции нефростомических дренажей и внутренних стентов. Адекватность их дренажной функции оценена на основании УЗИ, а при необходимости контроля позиционирования дренажей выполняли обзорную урографию.

Клинически лихорадка в I группе купирована на $1,5 \pm 0,5$ сутки, а во II группе данный показатель составил 5 ± 2 . Во второй группе наблюдения 48 пациентов предъявляли жалобы на ирритативную симптоматику различной степени выраженности. У 11 больных отмечен болевой синдром в пояснице, появляющийся при мочеиспускании. В первой группе наблюдения подобных жалоб отмечено не было.

Лабораторный контроль в первой группе наблюдения выявил достоверное снижение лейкоцитоза и палочко-ядерного сдвига с третьих суток наблюдения относительно исходных показателей. Во второй группе пациентов эти показатели снижались на 2-4 суток позже. Показатели лабораторного исследования мочи не имели существенных различий в группах. Ультразвуковой мониторинг первой и второй групп выявил достоверную динамику снижения размеров почки и полостной системы относительно исходных значений, за исключением....

Обсуждение. При соблюдении адекватной техники пункции почки и использовании ультразвукового и рентгенологического контроля проведение пункционной нефростомии является безопасным способом дренирования почки при остром обструктивном пиелонефрите, что позволяет получить лучшие результаты по купированию пиелонефрита в сравнении с использованием установки внутренних стентов. Внутренний стент не обеспечил адекватного дренажа у 11 пациентов второй группы, которым пришлось прибегнуть к дополнительным хирургическим пособиям. Но и в оставшейся группе пациентов отмечены ультразвуковые признаки уростаза, связанные как с малым диаметром дренажа, так и с пузырьно-мочеточниковым рефлюксом. В первой группе наблюдения не отмечено ирритативной симптоматики.

Обращает на себя внимание разная степень бактериальной в группах. Высокая степень бактериурии, полученная в первой группе, обусловлена как

исходными лабораторно подтверждёнными более выраженными воспалительными изменениями, так и с направляемым на исследование материалом. При пункционной нефростомии на бактериологическое исследование отправлялась моча, полученная при пункции полостной системы пораженного органа, тогда как после внутреннего стентирования забирался смыв из мочевого пузыря, где содержалась и моча из контралатеральной почки и остатки ирригационной жидкости.

Выводы:

1. Пункционная нефростомия обеспечивает более эффективное и безопасное дренирование почки у пациентов с острым обструктивным пиелонефритом.

2. Качество жизни пациентов при временном использовании наружного дренирования коррелирует с их возможностью ухода за нефростомой.