

при наличии лимфангоита и лимфаденита антибиотики назначали независимо от формы и стадии воспалительного процесса.

У 75 больных с тяжелой степенью интоксикации эндолимфатическую терапию сочетали с внутримышечным и внутривенным введением того же антибиотика или антибиотика другой группы после получения антибиотикограммы. Инъекции выполняли в перевязочной, что давало возможность оценивать не только общее состояние, но и местный воспалительный процесс. Сначала эту процедуру выполняли врачи, затем были обучены перевязочные сестры. Основными условиями считали медленное введение препарата и строгое соблюдение асептики. Введение антибиотиков и местное лечение сочетали с физиотерапией и иммуностимуляцией. При показаниях назначали терапию, необходимую для коррекции сопутствующей патологии.

Уже после первых инъекций антибиотика у больных снижалась температура, уменьшались боль, отек, гиперемия в области раны, улучшалось общее самочувствие. Особенно яркая положительная динамика отмечалась у больных с эризипелоидом, лимфангоитом, лимфаденитом и эритематозной формой рожистого воспаления.

Критерием эффективности считали первые 3 инъекции. Если в течение 3 дней положительной динамики не наблюдалось, дальнейшее введение антибиотика считали нецелесообразным. Таких больных было 8.

Уже после 3—7 инъекций раны очищались, что послужило поводом у 92 больных к наложению вторичных швов, а у 44 — к кожной пластике. Прогрессирования процесса не было. Средним курсом эндолимфатической терапии считаем 5 инъекций. Исключение составляют больные с рожистым воспалением, у которых этот метод является профилактикой рецидивов заболевания, поэтому курс лечения должен быть не менее 7—10 дней.

Таким образом, не прямое эндолимфатическое введение антибиотиков с новокаином в I межпальцевой промежутки на стопе или кисти на стороне локализации гнойного очага является эффективным, доступным, экономичным и простым в исполнении методом. Он может быть рекомендован для широкого применения в практике гнойной хирургии, в амбулаторно-поликлинических и военных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудз И. М. // *Клин. хир.* — 1988. — № 1. — С. 3—5.
2. Зубарев П. Н., Синенченко Г. И. // *Вестн. хир.* — 1988. — № 3. — С. 125—127.
3. Левин Ю. М., Буянов В. М., Данилов К. Ю. // *Хирургия.* — 1987. — № 1. — С. 72—76.
4. Панченков Р. Т., Выренков Ю. Е., Ярма И. В. // *Эндолимфатическая антибиотикотерапия.* — М., Медицина, 1984.
5. Рождествен В. А., Громов В. В., Киверов С. В. // *Клин. хир.* — 1987. — № 1. — С. 67.

Поступила 28.12.88.

УДК 616.62—006.6—06:616.61—002.3—089.48

ЧРЕСКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, А. Ю. Зубков, М. Э. Ситдыкова

Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Развитие острого пиелонефрита является частой причиной летальных исходов у больных раком мочевого пузыря. Лечение больных этой категории сопряжено с большими трудностями ввиду их тяжелого состояния, обусловленного сочетанием гнойного и ракового процессов, а также выраженным нарушением пассажа мочи по верхним мочевым путям, что связано с длительным малосимптомным течением рака мочевого пузыря и вследствие этого поздней диагностикой заболевания. В большинстве случаев развитие острого пиелонефрита вызывается обструкцией мочеточников в результате инфильтрирующего роста опухоли, влекущего за собой блокаду интрамуральных отделов и ретенционные изменения в верхних мочевых путях. Причинами развития воспа-

лительных осложнений после оперативного вмешательства по поводу рака мочевого пузыря, как правило, являются операционная травма и дефект выполнения уретероцистостомии.

Под нашим наблюдением находились 14 мужчин в возрасте от 47 до 76 лет с раком мочевого пузыря в стадии T₂ — T₄, в том числе 3 пациента после оперативного лечения (2 — после резекции мочевого пузыря с уретероцистостомией, один — после цистэктомии с созданием искусственного кишечного мочевого резервуара). Вследствие обструкции верхних мочевыводящих путей основное заболевание у всех больных осложнилось возникновением острого пиелонефрита. С целью восстановления оттока мочи из почки была произведена

чрескожная пункционная нефростомия под ультразвуковым контролем, в том числе у 2 больных — с обеих сторон, с помощью ультразвукового томографического скеннера модели SAL35A фирмы «Toshiba» (Япония) и пункционного датчика частотой 5 МГц. При необходимости осуществляли рентгенологический контроль за правильностью установки дренажа. Во всех случаях операцию делали под местной анестезией. С помощью ультразвукового сканирования определяли расположение почки, ее подвижность, состояние паренхимы и параренальной клетчатки, а также степень дилатации чашечно-лоханочной системы. Чрескожную пункционную нефростомию выполняли через поясничную область по заднеаксиальной линии в положении больного на животе, придавая фронтальной оси тела наклон в 25—30°, что позволяет создавать прямой трансрэнальный канал.

Непременным условием для успешного наложения нефростомы является создание интрапаренхиматозного канала через задне-наружный отдел нижнего или среднего сегмента почки, благодаря которому можно избежать повреждения сосудов и близлежащих органов и обеспечить стабильность пункционного хода. Глубину вкола предварительно измеряли по координационной сетке ультразвукового изображения после выбора точки пункции и направления движения иглы. С помощью адаптера пункционного датчика производили пункцию чашечно-лоханочной системы иглой, через которую в последующем проводили струну-проводник с гибким концом, контролируя его положение в полостной системе почки при помощи эхографии и рентгенотелескопии.

После расширения пункционного канала бужами возрастающего калибра в лоханку устанавливали дренаж соответствующего диаметра типа «Pigtail», который фиксировали к коже. В послеоперационном периоде больные получали противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию; через нефростому им постоянно промывали чашечно-лоханочную систему раствором антисептика. Срок функционирования чрескожных пункционных нефростом составлял в среднем от 2 нед до 1,5 мес.

Приводим одно из наших наблюдений.

А., 58 лет, поступил в стационар с жалобами на тотальную гематурию со сгустками, дизурию, боли в поясничной области слева, подъемы температуры до 38°.

При поступлении состояние средней тяжести. Язык сухой. Кожные покровы бледные. Частота пульса — 92 уд. в 1 мин. АД — 23,9/13,3 КПа. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень увеличена, край болезненный. Симптом

Пастернацкого положительный слева. Предстательная железа без особенностей. Дизурия. Тотальная гематурия. Анализ крови при поступлении: СОЭ — 38 мм/ч, л. — $12 \cdot 10^9$ /л, Нb — 1,3 ммоль/л, уровень мочевины — 8,6 ммоль/л, креатинина — 220,3 мкмоль/л.

Экскреторная урография: снижение функции слева, выраженная пиелокаликоэктазия. На цистограмме — дефект наполнения в области левой боковой стенки. Ультразвуковое исследование выявило резкое расширение полостной системы левой почки и опухоль, расположенную на левой боковой стенке мочевого пузыря размером 34×47 мм.

Диагноз: опухоль мочевого пузыря с блокадой устья левого мочеточника, острый левосторонний пиелонефрит, ХПН. С целью устранения суправезикальной блокады и лечения острого пиелонефрита произведена чрескожная пункционная нефростомия слева под ультразвуковым контролем. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось: нормализовалась картина крови, были купированы явления острого пиелонефрита. По нефростомическому дренажу ежедневно выделялось около 850 мм мочи. Через 18 сут больному была выполнена резекция мочевого пузыря с уретеростомией слева.

Послеоперационный период протекал без осложнений, функция нефростомы была удовлетворительной. На 12-е сутки после операции нефростомы была удалена, свищ закрылся. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Указанная техника проведения чрескожной пункционной нефростомы под ультразвуковым контролем позволила добиться адекватного дренирования почки и успешно провести лечение острого пиелонефрита у 11 больных. В последующем им была выполнена радикальная операция, при которой наличие функционирующей нефростомы значительно облегчало технику ее выполнения и течение послеоперационного периода. У 2 больных в связи с недостатком опыта на первом этапе освоения метода чрескожной пункционной нефростомии технические ошибки не позволили правильно установить дренаж в полостной системе почки, что потребовало оперативного вмешательства. У одного больного, несмотря на успешное наложение перкутанной нефростомы, наступил летальный исход в результате прогрессирования уросепсиса и наличия отдаленных метастазов.

Таким образом, метод чрескожной пункционной нефростомы под ультразвуковым контролем является надежным и альтернативным методом лечения острого обструктивного пиелонефрита у больных раком мочевого пузыря. Метод обеспечивает адекватное суправезикальное отведение мочи и дает возможность в последующем выполнять радикальное оперативное лечение (резекцию мочевого пузыря, цистэктомию).

Поступила 05.01.89.