

ВЫВОДЫ

Дети, перенесшие острый диффузный гломерулонефрит, должны быть взяты на строгий учет и подлежат диспансерному наблюдению в течение года. При затяжном течении болезни и наличии остаточных явлений к моменту выписки из стационара срок диспансеризации, безусловно, должен быть удлинен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарева Н. А. Педиатрия, 1961, 4.— 2. Маслов М. С. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 3.— 3. Муратиди Я. И. Педиатрия, 1960, 12.

УДК 616.61 — 616 — 089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕФРОПТОЗОМ

В. И. Байдин

*Тихорецкая горбольница (главврач — В. К. Воярж)
Научный консультант — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина (Казань)*

Отдаленные результаты оперативного лечения нефроптоза зависят от того, насколько выбранный способ нефропексии обеспечивает самую минимальную травматизацию паренхимы почки и надежную ее фиксацию.

Под нашим наблюдением находилось 38 женщин и 6 мужчин, которым была произведена нефропексия.

Правосторонний нефроптоз был у 31 больного, левосторонний — у 10, двухсторонний — у 3. 2-я степень подвижности почки была у 15 больных, 3-я — у 29. Болевой симптомокомплекс был выражен у всех больных. Постоянные тупые боли, усиливающиеся после физической работы, длительного стояния и ходьбы, приступы почечной колики и повышенное АД наблюдались у 29 больных, ноющие боли в поясничной области с частыми приступами почечной колики без повышения АД — у 15. Резкая раздражительность, тремор рук, резко выраженный дермографизм, плаксивость, сердцебиение отмечались у 8 больных, сочетание их с другими симптомами нефроптоза — также у 8. У 5 больных помимо выше перечисленных симптомов были запоры или поносы, схваткообразные боли в животе, понижение аппетита. Нефропексия по С. П. Федорову произведена у 3, по С. П. Федорову в сочетании с методом Гораш — у 41 больного.

Операции осуществляли под местной анестезией. Почку выделяли из жировой капсулы не полностью, а только по выпуклому краю передней и задней поверхности. У верхнего и нижнего полюсов почки жировую капсулу от фиброзной не отделяли. Затем делали разрез по выпуклому краю фиброзной капсулы почки и производили типичную нефропексию по С. П. Федорову. Прежде чем окончательно фиксировать почку, мы накладывали дополнительные матрацеобразные кетгуттовые швы за жировую капсулу почки у нижнего полюса с обвивным стремяобразным швом фиброзной и жировой капсулы вместе. Второй обвивной шов как бы перемежался с наложенным ранее обвивным швом на фиброзную капсулу по С. П. Федорову. После наложения обоих обвивных швов почку подтягивали к 12-му ребру и фиксировали. Вначале завязывали нити первого обвивного шва (по С. П. Федорову), а затем второго. В рану вставляли тампон и резиновый дренаж. По дренажу на протяжении 5 дней вводили антибиотики.

Послеоперационный период протекал гладко. Тампон удаляли на 6-е сутки, дренажную трубку — на 9-е, швы снимали на 9—10-е. Рана заживала первичным натяжением. В постели в горизонтальном положении больные находились 11 дней, на 12-й разрешалось сидеть, на 13-й — вставать и ходить. Выписывали больных на 14-й день.

В настоящее время мы располагаем данными об отдаленных результатах, прослеженных около 3 лет после операции нефропексии, у 44 больных. Клинические симптомы нефроптоза исчезли почти у всех больных. Восстановилась трудоспособность, нормализовался нервно-психический статус и отправления желудочно-кишечного тракта.

За исключением 3 больных, оперированных по С. П. Федорову без модификации метода Гораш, был рецидив у 2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гораш В. А. Нов. хир. арх., 1925, 7; Тр. XIX Всероссийск. съезда хир., Л., 1928.— 2. Федоров С. П. и Фронштейн Р. М. Оперативная урология, 1934.