

Антибактериальная терапия, длительное время проводимая после первичного оперативного удаления камня, вызывала ухудшение общего состояния больных, уменьшение лейкоцитурии, что расценивается как положительный результат консервативного лечения. В действительности же часто развивается резистентность микробной флоры к антибиотикам, и это способствует рецидивному камнеобразованию.

30 больным с рецидивным камнеобразованием в Институте хирургии выполнена уретеро-пиело-нефро-литотомия, причем 4 из них оперированы под местной гипотермией (проф. А. А. Вишневский), и 4 произведена нефрэктомия.

Применение локальной гипотермии (обкладывание почки стерильным льдом со снижением температуры почки по ее поверхности до $+24, +26^{\circ}$) при повторных операциях предохраняет почку от последствий ишемии, связанной с пережатием почечной ножки.

Гипотермия позволяет произвести широкий доступ к камням секционным разрезом почки и под контролем глаза полностью удалить из чашечно-лоханочной системы множественные или ветвистые коралловидные камни без большой травмы паренхимы.

Быстрое удаление рецидивных камней способствует устранению или предупреждению почечной недостаточности.

В нашем Институте имеется установка к проведению органосохраняющих оперативных вмешательств, особенно при рецидивных двусторонних коралловидных камнях, осложненных пиелонефритом.

У 2 наших больных с двусторонним нефролитиазом и хронической почечной недостаточностью с выраженной азотемией повторное оперативное вмешательство было произведено на обеих почках с интервалом между двумя операциями от 1 до 6 месяцев.

После повторных органосохраняющих оперативных вмешательств рецидивы наступают чаще, чем после первичных.

В наших наблюдениях первичные пиело-нефро-литотомии дали рецидивы в 17%, а повторные оперативные вмешательства — в 44%.

Результаты оперативного лечения рецидивного нефроуретеролитиаза представлены в таблице.

Результаты оперативного лечения рецидивного нефролитиаза

Вид камней	Оперированы	Выздоровели	Рецидив	Летальный исход
Одиночные	9	7	2	—
Множественные	10	6	4	—
Коралловидные	15	5	9	1
Всего	34	18	15	1

ВЫВОДЫ

1. К рецидивному камнеобразованию предрасполагают эндокринные нарушения (диабет, тиреотоксикоз), травма, ожоги и заболевания желудочно-кишечного тракта (гепатит, холецистит, язвенная болезнь).

2. Для профилактики нефролитиаза следует соблюдать большую осторожность при назначении больным ожоговой болезнью гормональных препаратов (преднизолон).

3. При наличии конкремента рекомендуется длительно проводить антибактериальную терапию до и после операции. Обнаружение в посевах мочи протея или синегнойной палочки является показанием к немедленному удалению рецидивного камня.

4. При рецидивах камней необходимо стремиться к органосохраняющим операциям, даже при нарушении функции почки. Нефрэктомии следует проводить только по строгим показаниям.

УДК 616.61—002.3—003.7—615.779.9

МОРФОЦИКЛИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А. Ф. Учугина, М. В. Красильникова, Р. М. Усова

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. И. Кукош) и кафедра микробиологии (зав. — проф. Е. И. Житова) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

При пиелонефрите инфекционно-воспалительный процесс локализуется не только в почечной лоханке и чашечках, но и в паренхиме почки с преимущественным поражением интерстициальной ткани. Для излечения требуются высокие дозы антибиотиков

как в моче, так и в крови, ибо инфекция в межпочечной ткани подвергается действию антибактериальных препаратов только гематогенным путем. В этом отношении практически чрезвычайно ценным оказался новый антибиотик морфоциклин (метилморфолинтетрациклин). Он имеет широкий спектр антимикробного действия, эффективен в отношении и грамположительных, и грамотрицательных микробов. Наиболее ценное свойство морфоциклина — высокая растворимость в воде, достигающая 1,5 г/мл, что позволяет вводить его внутривенно.

Биологическая активность морфоциклина — в среднем 600 ед. в 1 мг. Особенно высокая концентрация морфоциклина при его внутривенном введении создается в моче — до 200 ед./мл, что имеет существенное значение для терапии пиелонефрита.

Морфоциклин получали 135 больных хроническим калькулезным пиелонефритом (51 мужчина и 84 женщины). В возрасте до 30 лет было 15 чел., от 31 до 50 лет — 77, от 51 до 65 лет — 43.

У 79 больных хронический пиелонефрит сочетался с нефролитиазом; у 67 из них были одиночные камни в почке, у 12 — в мочеточнике. Все больные этой группы были оперированы с целью восстановления нарушенного пассажа мочи (удаление камня, устранение деформаций, стриктур мочеточника и пр.). В послеоперационном периоде проводили лечение морфоциклином.

Вторую группу составили 56 больных хроническим пиелонефритом, оперированных в клинике 1—2—3 и даже 6 лет назад по поводу камней почек и мочеточников. 34 чел. подверглись пиелолитотомии, 12 — уретеролитотомии, 10 — нефрэктомии. Больные состояли на диспансерном учете в клинике в связи с хроническим пиелонефритом, многократно лечились разнообразными антибактериальными препаратами, пользовались курортным лечением. Однако ликвидировать пиелонефрит у этой группы больных не удалось, несмотря на отсутствие рецидивов камней в почках. Все 56 больных этой группы были госпитализированы в клинику повторно для терапии морфоциклином.

Морфоциклин применяли по 150 000 ед. 2 раза в сутки внутривенно в 40% растворе глюкозы в течение 5—7 дней. Одновременно давали витамины С и В.

Послеоперационный период у всех получавших морфоциклин протекал гладко. Ни у одного больного не было нагноения раны. Отмечалось быстрое улучшение общего состояния.

После лечения морфоциклином у 54,1% больных количество лейкоцитов в суточной моче снизилось до нормы, у 45,9% число Аддиса резко уменьшилось. У 73% больных активные лейкоциты, клетки Штернгеймера — Мальбина в моче не обнаружены, у 27% найдены единичные клетки.

В процессе лечения высеваемость бактерий мочи по сравнению с результатами первичных исследований снизилась до 15%. Большая часть выделявшихся штаммов утратила чувствительность к антибиотикам группы тетрациклина.

Каких-либо специфических изменений в гемограмме после лечения морфоциклином не выявлено. Увеличения числа эозинофилов не отмечалось. Ускоренная РОЭ после лечения сохранилась у 69 из 93 больных.

Мы не наблюдали также нарушений функций пищеварения, изменения аппетита, покраснения языка и т. д. при лечении морфоциклином в указанных дозах. Лишь у отдельных больных была тошнота, 2 больных жаловались на головокружение. У ряда больных после внутривенных инъекций было уплотнение вен без воспалительной реакции.

Приведенные данные позволяют заключить, что морфоциклин является весьма эффективным лечебным средством в комплексной терапии больных хроническим пиелонефритом.

Лучшие результаты мы получили при применении морфоциклина тотчас после оперативного удаления камней и восстановления пассажа мочи. При хроническом пиелонефрите с длительным сроком заболевания результаты лечения значительно хуже, так как у ряда больных развиваются необратимые морфологические изменения в почках. Однако и в этих случаях снижение воспалительного процесса в почках путем внутривенного введения морфоциклина следует считать оправданным.

УДК 616.61—615.9

ОТРАВЛЕНИЕ НЕФРОТОКСИЧЕСКИМИ ЯДАМИ

Ш. А. Мухаметзянов

6-я городская клиническая больница г. Казани (главврач — Е. В. Хмелевцева)

Острая почечная недостаточность при отравлениях встречается довольно часто, и летальность при них, несмотря на современные методы лечения, остается высокой.

А. Я. Пытель и С. Д. Голигорский (1963), К. Т. Овнатяня и сопр. (1968) и другие считают, что шок, ведущий к ишемии и аноксии почек, является основной причиной