**Гидронефроз почки**

**Паспортная часть**

Наименование лечебного учреждения:

Кем направлен больной:

Дата поступления в клинику:

Фамилия, имя, отчество:

Возраст:

Национальность:

Пол:

Образование:

Профессия:

Занимаемая должность:

Домашний адрес

Направительный диагноз: гидронефроз почки

Диагноз при поступлении: гидронефроз почки

Диагноз окончательный клинический:

А) основной: гидронефроз ишемизированной почки справа

Б) сопутствующий: целующаяся язва двенадцатиперстной кишки. Рефлюкс-эзофагит.

**Жалобы**

В момент поступления у больного жалобы на боли в пояснице справа невысокой интенсивности.

Anamnesis morbi

Больным себя считает с 2000 г, когда при плановом обследовании в поликлинике ЯФАН была обнаружена патология почки и мочеточника справа, до того времени ничем не проявлявшаяся. В сентябре 2000 впервые проявилось седцебиение, которое беспокоило четыре дня. Имеющаяся патология почки практически не беспокоила, больной вел обычный образ жизни.

Anamnesis vitae

родился в 1955г. в Хакасии, с. Ботини. В Якутии с 1961. Умственное и физическое развитие ребенка соответствовало возрасту. Окончил десять классов. Образование среднее специальное.

Женат с 1978г. двое детей – дочери. Старшая умерла от врожденного порока сердца в 12 лет. Жилищно-бытовые условия неудовлетворительные.

Работает водителем маршрутного автобуса. Режим работы – через каждые два дня. С 1973 по 1975 гг служил в рядах СА в инжинерных войсках.

Наследственность отягощенная. Старшая дочь родилась с врожденным пороком сердца.

Аллергологический анамнез спокойный.

Перенесенные заболевания: в детстве до года болел пневмонией. Позже ОРЗ. В сентябре 2000 г. перенес аритмию, срыв сердечного ритма. Венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: курил с 1973. Прекратил в 1995г. по своей воле. Алкоголь отрицает.

Status communis

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы землистого оттенка. Рост 173 см. Телосложение пропорциональное. Оволошение нормальное. Отмечается умеренная потливость.

Орган зрения: ухудшение зрения по типу миопии –1. Без коррекции. Цветовосприятие не нарушено.

Орган слуха: без нарушений.

Орган обоняния: патологических изменений не обнаружено.

Органы грудной клетки:

Сердце. При аускультации тоны ясные, ритмичные. Пуль на лучевых артериях 68 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст.

Легкие. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов не отмечается. Перкуторно ясный легочный звук. При сравнительной перкуссии звук симметричен. Голосовое дрожание норма.

Желудочно-кишечный тракт:

Язык слегка обложен, влажный. Слизистая ротовой полости обычного цвета, чистая. Десны розового цвета, плотные, не кровоточат. Форма живота нормальная, симметричная, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. При глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена, нижний край печеи плотной консистенции, ровный. Стул обыхного характера. Запоров не отмечается.

Урологический статус:

Состояние после пластики мочеточника по Фолею. Сипмтом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В правой почке иметься нефростома. Моча, отходившая из стромы, имеет цвет пива. Суточное количество мочи из стомы составляет 400мл. Общее количество мочи за сутки составляет 1400 мл. при поступлении моча мутная, к 25.03.01 моча стала прозрачной. Дневной диурез превалирует над ночным.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови от 27,03,01

Эритроциты 50\*1012/л

 Палочкоядерные 36\*109/л

 Сегментоядерные 35\*109/л

 Лейкоциты 20\*109/л

 Моноциты 8\*109/л

 СОЭ 55 мм/ч

Биохимический анализ крови от 22,03,01

WBC 16.5 thsd/cm

RBC 3.98 mills/cm

HGB 13.1grams/liler

HCT 34.0 %

MCH 32.9 femtoliter

MCHC 385 pico frams

PLT 280 gr/liter

Биохимический анализ крови от 27,03,01

WBC 8,0 thsd/cm

RBC 4,07 mills/cm

HGB 13.6 grams/liler

HCT 13,8 %

MCH 33,4 femtoliter

MCHC 385 pico grams

PLT 331 gr/liter

 СОЭ 55 мм/ч

Общий анализ мочи от 27,03,97

 Количество 100

Цвет светло-желтый, прозрачный

Удельный вес 1016. Реакция кислая

Белок 0,099 г/л

Эпителий – переходной

Лейкоциты 5-7-9

Эритроциты

 Измененный 3-4-5

 Неизмененнны 0-1-2

Слизь +

Бактерии +

Соли-оксалаты.

Общий анализ мочи (без даты)

Количество 70

Цвет темный, мутный

Удельный вес 1025

Белок 0,66 г/л

Эпителий уретральный ед.

Лейкоциты 3-4-5

Эритроциты

 Неизмененные 10-13-16

 Измененные 3-4-3

Цилиндры 1-2-2

Зернистость 1-2-2

Бактерии +

 6. Биохимия мочи

Общий белок 0,2

Альбумин 37,2 г/л

Билирубин 7,2 прямой 2,5

Мочевина 7,0

Креатинин 107 моль/л

Сахар 6,02 ммоль/л

7. биохимия мочи от 27,04,01

общий белок 69 г/л

аьбумины 41,4 гр/л

билирубин 4,1 прямой 2,6 ммоль/х

мочевина 6,89 ммоль/л

креатинит 102 ммоль/л

АЛТ 27,8 АСТ 379

Сахар 5,6 ммоль/л

8. Внутрижелудочная ph-метрия от 29,03,01

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | антрум | тело | кардия | пищевод | Пищевод |
| Ph max 1 | 9,4 | 9,4 | 9,4 | 9,4 | 9,4 |
| Ph min 1 | 0,7 | 0,8 | 1,1 | 0,5 | 5,1 |
| Ph средн. | 3,3 | 4,6 | 6,4 | 6,4 | 6,3 |
| СКО 1 | 2,2 | 2,6 | 2,3 | 6,7 | 0,5 |

В базальном отделе в теле ср рн 1,0. Гиперацидность, пониженное выделение кислого выделения в желудке (щелочное время > 28 мин). в антруме средняя рн 5,3

Ультразвуковое исследование от 22,03,01

Правая почка контур неровный, нечеткий. Размеры 92\*43 мм. Паренхима с чашечно-лоханочным сегментом четко не дифференцируются. Чашечно-лоханочный сегмент представлен в виде разлитой эхоструктуры. СЛМ сегмент расширен до 336 мм. В/з правый мочеточник расширен до 7 мм. В режиме энергентического допплера достоверно почечный кровоток определить не удается.

Левая почка контур неровный, размеры 119\*56 мм. Паренхима 2 см. чашечно-лоханочный сегмент не расширен. Конкременты не выявлены.

Заключение:

Состояние после пластики мочеточника по Фолею. Диффузные изменения правой почки, пиелоэктазия справа.

Консультация кардиолога 23,03,01

По ЭКГ синусный ритм, блокада левой передней ветви пучка Гиса. Со слов больного в сентябре 2000 г беспокоило несколько дней сердцебиение. Артериальное давление особо не проверял. Оперирован 28,03,01 по поводу гидронефроза правой почки. Пластика по Фолю.

Консультация гастроэнтеролога

Жалоба на отрыжку.

Общее состояние средней степени тяжести. На ФГДС от 27,03,01 главная язва фрагментировалась в виде «целующихся» язв передней и задней стенок размером 1,0 и 1,5 см. просвет луковицы деформирован.

Обоснование диагноза.

Диагноз «гидронефроз правой почки» выставлен на основании следующих данных:

Данные анамнеза.

При поступлении больной отмечал боли невысокой интенсивности в пояснице, справа. Боль является наиболее частым признаком гидронефроза. Характер бои может быть весьма разнообразным – от едва заметных до жестоких приступов почечных колик. Наиболее часто боль носит тупой характер, в виде тяжести в поясничной области, что и отмечает больной.

Латентное течение заболевания. Отмечавшиеся выше боли практически не доставляли беспокойства больному. Патология почки была выявлена случайно. Подобное течение нередко наблюдается при гидронефрозе.

Данные физикального обследования. При

пальпации в правой поясничной области определяется увеличенная почка в виде опухолевидной массы. Данный симптом не является специфическим для гидронефроза, но позволяет уточнить диагноз.

Лабораторные данные. В анализах мочи из

правой почки имеется гематурия. Данный признак весьма часто наблюдается при гидронефрозе.

Данные дополнительных методов исследования.

При проведении ультразвукового исследования от 22,03,01 были обнаружены следующие изменения: увеличение размеров правой почки, неровность контура, расширение и нечеткая визуализация чашечно-лоханочного сегмента. Не определяется достоверно почечный кровоток. Поскольку для гидронефроза не характерна специфическая симптоматика, дополнительные исследования играют важную роль в постановке и уточнении диагноза.

Совокупность полученных данных позволяет выставить и обосновать диагноз «гидронефроз ишемизированной почки справа».

Клинический диагноз

Основной: гидронефроз ишемизированной почки справа. Состояние после нефростомиии от 28,02,01

Сопутствующий: «целующаяся» язва двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастит. Рефлюкс, эзофагит.

Обзор литературы по теме «лечение гидронефроза почки»

С.И.Спасокукоцкий. 1903 г. первая в России пластическая операция на мочеточнике при гидронефрозе.

Лопаткин Н. А. 1979г. латеро-латеральные уретропиелоанастомоз.

Фенгер. 1894 г. реконструкция пельвиоуретрального сегмента. Продольное рассечение задней стенки мочеточника в области стриктуры и его поперечное сшивание.

Гибсон, 1939, 1945 гг. Два продольных разреза через стриктуру и последующее поперечное сшивание.

Швайзер 1923г. создание из лоскута лоханки воронкообразного расширения не месте стрикутуры в лоханочно-мочеточниковом сегменте.

Альбарран 1909 г. ортопедическая реконструкция лоханки и мочеточника.

Кустер. 1892. Отсечение мочеточника в пределах здоровых тканей, мочеточник вшитвается в самый нижший отдел лоханки. Без резекции лоханки.

Любаш. 1935 г. мочеточник отсекают в пределах здоровых тканей, часть резко измененной лоханки резецируют, а мочеточник вшивают в нижнюю ее стенку изнутри, проведя через новое отверствие.

Нейрвит. 1948 г. Уретрокаликостомия. Отсеченный в пределах здоровых тканей мочеточник вшивают в нижнюю чашечку.

Кучера Я. 1966 г. замещение суженной части лоханки лоскутом из нижней половины лоханки.

Фолей. Создание из лоскута лоханки воронкообразного расширения на месте стриктуры в лоханочно-мочеточниковом сегменте.

После изучения работ авторов по данной проблеме, исходя из эффективности операции и состояния больного, я выбрал метод реконструкции чашечно-лоханочного сегмента по методу Фолея.

**Лечение гидронефроза почки.**

Пластика чашечно-лоханочного сегмента по Фолею.

Техника операции.

Операция проводится под общим наркозом. Производят мобилизацию верхней трети мочеточника и задней поверхности расширенной лоханки. На лоханку накладывают две лигатуры в точках основания будущего треугольного лоскута и одну лигатуру на мочеточник в точке начала разреза. От этой точки к лигатуре на лоханке маленькими ножницами выкраивают треугогольный лоскут. Для этого от лигатуры мочеточника делают разрез к одной из лигатур лоханки. Вершину образованного треугольника из стенки лоханки подтягивают к лигатуре мочеточника. Края лоскута и разреза мочеточника сшивают непрерывным однорядным швом атравматической иглой хромированным кетгутом 3/0 или 4/0 через все слои лоханки и мочеточника. Допустимо подкрепление линии шва отдельными узловыми швами на адвентицию лоханки и мочеточника в местах натяжения или сомнения в герметичности.

Позже метод Фолея был модифицирован Швицером, который предложил производить V-образный разрез по медиальному краю лоханки и мочеточника (лоханочно-мочеточниковом углу). Наиболее длинная ветвь разреза – вертикальная. Этим разрезом рассекают на всем протяжении стриктуру. При этом необходимо следить, чтобы все три разреза были одинаковыми.

Возможные осложнения: некроз верхушки лоскута, мочевые затеки с грубыми вторичными рубцовыми сужениями мочеточника, обострение пиелонефрита. С целью профилактики подобного осложнения рекомендуется выполнение полулунного разреза лоханки выпуклостью к стиркуре мочеточника и от его центра – вертикальный разрез по лоханочно-мочеточниковому сегменту.

Послеоперационный период

После выполнения пластики чашечно-лоханочного сегмента (любым методом) почка обязательно дренируется путем прямой пиелостомии на 3-4 недели. Кактетеризация мочеточника через лоханку и нефростому показана в сомнительных случаях нового анастомоза. В целях профилактики паранефральной гематомы или мочевого затека Н. А. Лопаткин и И. П. Шевцов рекомендуют обязательно дренировать паранефральную клетчатку на 2-3 сут резиново-марлевым или целлофано-марлевым тампоном.

В послеоперационном периоде необходимо обеспечить бесперебойную работу дренажей. С этой целью их осторожно промывают раствором антибиотиков или 0,3% раствором аспирина ( проф. А. Я. Пытель). Из диеты больного после операции должны быть исключены солеобразующие продукты и ощелачивающие реакцию мочи вещества. Целесообразно рекомендовать обильное питье, в том числе нещелочных минеральных вод. Если анастомоз между лоханкой и мочеточником накладывался с натяжением, предпочтительно удерживать больного на постельном режиме до 12-14 дня. При благоприятных обстоятельствах можно разрешить больному вставать как только позволят ему силы – на 3-4 сутки.

Заключительный этап лечения больного – проверка проходимости нового анстомоза с помощью антеградной пиелографии. При применении этого метода контроля необходима определенная осторожность. Перед исследованием надо за сутки сменить дренажную трубку и лишь при отсутствии температурной реакции можно проводить исследование. Недопустимо добиваться проходимости мочеточника путем переполнения лоханки. Необходимо помнить, что послеоперационный отек анастомоза исчезнет весьма поздно – на 24-28 день, а тонус лоханки восстанавливается в еще более поздние сроки. При отрицательном результате лучше повторить исследование, чем вызвать неосторожными манипуляциями атаку пиелонефрита, которая может привести к нефроэктомии. Убедившись в хорошей проводимости лоханочно-мочеточникового соустья, следует провести 3-5 дневную «тренировку» путем постепенного увеличения срока пережатия дренажа. Дренаж из почки можно удалить лишь убедившись в отсутствии распирания и температурной реакции. Больного выписать только после подтверждения восстановления функции почки экскреторной урографией.

Медикаментозная терапия

В случае осложнения гидронефроза пиелонефритом необходима противовоспалительнная терапия с учетом чувствительности возбудителя к препарату. Высокую эффективность против пиелонефритичекой инфекции показали препараты группы нитрофуранов. К ним относятся фуразолидон (внутрь по 0,1-0,15 г.), фурадонин (внутрь по 0,1-0,15 г.), фурагин (внуть по 0,1-0,2 г.). Нитрофураны активны по отношению к стафилококку, стрептококку, кишечной палочке, протею. Антибактериальная терапия должна быть длительной. Профессор А. Я. Пытель рекомендует рекомендует каждый месяц проводить 10-ти дневные курсы. Если же, несмотря на эти курсы, из мочи больного высеивается патололгическая микрофлора, показано длительное непрерывное лечение со сменой антибактериального препарата каждые 5-7 дней. При наличии в моче грамотрицательной флоры хорошие результаты может даль применение налидиксиновой кислоты (неграм) по 4 г в день в течении 5-7 суток.

С целью уменьшения побочных эффектов при приеме производных нитрофурана рекомендуется обильное питье, антигистаминные препараты, витамины группы В. В целях более полного и быстрого восстановления тонуса лоханки, уменьшения ее объема, предупреждения грубого рубцового процесса в лоханочно-мочеточниковом сегменте весьма целесообразно применять соответствующую «рассасывающую» терапию – алоэ, пирогенал.

Симптоматическая терапия: щадящий режим, диета, меры по восстановлению водно-электролитного баланса, борьба с гипертонией.

Лечение

Омепразол 0,02. По 2 капсулы в день за 30 мин. до еды. Противоязвенный препарат, снижающий секрецию HCl путем угнетения протонового насоса секреторных клеток слизистой желудка.

Алмагель 100 мл. по 1 столовой ложке 3 раза в день. Антацидное средство, содержащее алюминия гидрохлорид и магния окись. Если больного беспокоят боли в области желудка и ДПК то назначаем Алмагель А содержащий местный анестетик Анестезин. Дозировка та же.

Церукал раствор 0,01мл. По 0,01 мл. внутримышечно. Противорвотное средство, угнетающе пусковую зону.

Фуразолидон. По 0,1-0,15 г. в день. Антибактериальный препарат против пиелонефротической инфекции.

Цефоперазон по 500 мг каждые 12 часов. Цефалоспорин III поколения.

Бифидобактерин по 10 доз 2 раза в день после антибактериальных средств для профилактики и лечения дисбактериоза.

**Дневник**

23,03,01 состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Активных жалоб не предьявляет.

 АД 120/80 мм рт ст. ЧСС 66 уд/мин. Т 37,4 0С

24,03,01 состояние средней степени тяжести. Активных жалоб не предьявляет. Кожные покровы чистые, незначительная потливость. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Дыхание везикулярное, сердечные тоны ритмичные, ясные.

 АД 110/701 м рт ст. ЧСС 75 уд/мин. Т 37 0С

25,03,01 Состояние средней степени тяжести. Жалоб нет.

 Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны ясные, ритмичные.

 АД 120/74 мм рт ст. ЧСС 72 уд/мин. Т 37,2 0С

Прогноз

Прогноз в отношении жизни благоприятный. При возникновении воспалительного процесса в паранефральной клетчатке существует опасность рецидива стриктуры уретры. Неблагоприятным прогностическим признаком является обострение пиелонефрита, что может привести к нефросклерозу и недостаточности оперированной почки. Больной нуждается в обязательном диспансерном наблюдении.

Рекомендации:

Диспансерное наблюдение

Диета с ограничением жидкости, поваренной соли, специй, копченостей. Запрет алкоголя.

Избегать охлаждения, работы в условиях сырости.

Ограничение физической нагрузки.

Рекомендуется смена места работы на боле благоприятные.

Строгое соблюдение лечебных назначений.

**Список литературы**

 Я. Пытель. Руководство по клинической урологии М.: Медицина, 1969г

Хирургические заболевания почек и мочеточников Л.: Медицина, 1965 г

Н. А. Лопаткин. Оперативная урология М.: Медицина 1986г

Д. П. Чухрененко, А. В. Люлько. Атлас операций на органах мочеполовой системы. М.: Медицина 1972 г.

В. В. Ермоленко. Хронический гемодиализ М.: Медицина, 1982г