



Н.Д. Ушакова, В.А. Зыков,
И.И. Скориков, М.В. Гужвинский

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК

Ростовский государственный медицинский университет,
больница "Скорой медицинской помощи" №2, г. Ростов-на-Дону

Проведен анализ консервативного лечения 234 больных с гнойно-деструктивными формами пиелонефрита (107 женщин и 127 мужчин в возрасте от 17 до 74 лет). В 70,9% случаев имел место обструктивный, в 28,1% — необструктивный пиелонефрит. У 61,7% больных выявлен апостематозный пиелонефрит, у 33,6% — карбункулез и у 4,7% — абсцесс почки. Во всех случаях выявлен выраженный септический синдром, диагностированный в соответствии с рекомендациями согласительной комиссии по сепсису (АССР/SCCM Consensus Conference Committee, США, 1992), у 27% пациентов наблюдались клинико-лабораторные признаки тяжелого сепсиса с явлениями моноорганной дисфункции.

Лечебные мероприятия включали в себя восстановление нормальной уродинамики при наличии обструктивных форм пиелонефрита, проведение эффективной антибактериальной терапии, фармакологические методы дез- и детоксикационной терапии.

Учитывая патогенетические механизмы развития и прогрессирования гнойного поражения почек и связанного с ним развития системного воспалительного ответа, мы использовали следующую тактику экстракорпорального лечения исследуемой группы пациентов.

1. В целях улучшения микроциркуляции, оптимизации доставки кислорода к тканям и снижения кислородной задолженности, в том числе в зоне повреждения, в комплексе инфузионной терапии использовали перфторан в дозе 6-8 мл/кг в течение 1-3 сут.

2. Для снижения степени выраженности цитокиновой агрессии применяли моделирование "респираторного взрыва" — заключительного этапа фагоцитоза, сопровождающегося адаптацией и адекватной реакцией системы фагоцитоза к микробной нагрузке, — путем инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия в дозе 1/10 ОЦК 1 раз в сутки в течение 3-5 дней.

3. Для создания максимальной концентрации антибактериальных препаратов в очаге гнойного воспаления использовали метод экстракорпоральной антибиотикотерапии, основанный на феномене "адресной доставки" лекарственных препаратов

в зону повреждения на аутоэритроцитах. Использование данной методики позволяет получить максимальный терапевтический эффект воздействия антибактериальной терапии при применении минимальных терапевтических доз препарата.

4. В целях блокирования выработки макрофагальными клетками избыточного количества провоспалительных цитокинов, нормализации параметров иммунореактивности организма использовали метод экстракорпоральной иммунофармакотерапии (инкубация лимфолейкомассы больного с иммуномодулятором "Имунофан" в средней суточной дозе в присутствии 1-2 мл АТФ).

5. В целях снижения степени выраженности процессов липопероксидации и активации механизмов антиоксидантной защиты организма, достижения модулирующего воздействия на систему агрегантного состояния крови, повышения неспецифической резистентности организма использовали фотомодификацию клеточного состава белой крови гелий-неоновым лазером.

6. Снижение степени выраженности токсемии достигали путем проведения энтеросорбции.

Программу экстракорпоральной дезинтоксикационной терапии проводили в течение 5-7 дней ежедневно. Длительность лечения определялась степенью выраженности признаков системной воспалительной реакции и динамикой течения патологического процесса.

Применение в комплексе интенсивной терапии острого пиелонефрита методов экстракорпорального лечения и перфторуглеродной эмульсии "Перфторан" позволило к 7-14 сут от начала проведения комплекса интенсивной терапии купировать у 90,6% больных клинико-лабораторные признаки системной воспалительной реакции, достигнуть регресса паренхиматозного повреждения почки, что подтверждено данными компьютерной томографии и мониторингом УЗИ. Необходимость хирургического лечения (нефрэктомии) возникла у 4 из 234 больных ввиду неэффективности проводимой терапии и прогрессирования симптомов септического состояния. В одном случае хирургическое лечение было произведено в отдаленном периоде — через 4 мес. после окончания курса лечения.

