



УДК 616.613 - 036.11 - 085

С.А. Дубский¹, С.Т. Тимошин¹, М.И. Петричко²

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

*Городская клиническая больница №31¹,
117415, Москва, ул. Лобачевского, 42, тел.: 8-(495)-668-20-78, 8-(916)-521-14-08;
Московский стоматологический институт², г. Москва*

Острый пиелонефрит (ОП) — это острое бактериальное воспаление собирательной системы и паренхимы почки, которое часто протекает как тяжелое инфекционное заболевание, представляющее угрозу для жизни больного. Среди взрослых ОП встречается у 100-120 чел. на 100 000 населения [1]. В целом ОП составляет от 10 до 15% всех заболеваний почек, а в условиях стационара — до 33% от всех урологических заболеваний [2-4].

В 34% случаев у больных с серозным ОП развивается гнойный процесс в почке в виде апостематозного пиелонефрита, карбункулов или абсцессов [5, 6]. При несвоевременном и неадекватном лечении гнойных форм ОП возникает септический шок, смертность от которого достигает 43% [7]. Острые формы неосложненного пиелонефрита на стадии серозного воспаления при своевременной и адекватной терапии обычно легко поддаются антибактериальному лечению и сопровождаются коротким периодом госпитализации.

Очевидно, что при острых гнойно-деструктивных формах пиелонефрита (ОГДП), с наличием множественных апостем, карбункулов, абсцессов, при высокой степени риска для жизни больного (септицемия, септикопиемия), а также при выраженной сопутствующей патологии, оперативное вмешательство — декапсуляция, иссечение деструктивных очагов, дренирование забрюшинного пространства, нередко и нефрэктомия может быть единственным способом лечения у данной категории больных [7, 8]. Однако имеются научные исследования, показавшие возможность консервативного лечения ОГДП при условии своевременной диагностики и адекватного восстановления оттока мочи с применением современных антибактериальных средств [2, 9].

Цель работы — оптимизировать диагностику и тактику лечения больных ОГДП с определением возможности консервативного лечения этой категории пациентов.

Материалы и методы

За период с 2001 по 2008 г. в отделении урологии 31-й ГКБ г. Москвы наблюдали 342 больных с ОГДП, из которых 212 (61,9%) были с вторичным ОГДП, 130 (38,1%) больных с первичным (без нарушения оттока мочи) ОГДП.

Были подвергнуты хирургическому вмешательству 247 (72,2%) пациентов (декапсуляции, иссечению деструктивных очагов, нефростомии, дренированию забрюшинного пространства), 20 пациентам была выполнена нефрэктомия. В ходе операции была уточнена форма ОГДП. Так, апостематозный пиелонефрит был подтвержден у 85 (24,8%) больных, карбункулы почек — у 77 (22,5%), абсцесс почки — у 31 (9%) больного, их различные сочетания — у 54 (15,7%) пациентов. Полученные данные, включая морфологические, были сопоставлены с имеющимися дооперационными клинико-лабораторными, ультразвуковыми и рентгенологическими данными, что позволило конкретизировать диагностику непосредственно различных форм ОГДП и разработать диагностическую модель конкретной формы. Это считали важным, поскольку тяжесть воспалительного процесса определяется формой ОГДП и соответственно влияет на интенсивность лечения.

Остальным 95 (27,7%) больным из 342 с установленными формами ОГДП проводили консервативное лечение (антибактериальное, дезинтоксикационное, противовоспалительное и симптоматическое). Сроки госпитализации больных в стационар варьировали от 2 до 8 дн. от момента заболевания (в среднем $4 \pm 1,5$ дн.).

Обследование пациентов с ОП начинали с выяснения анамнеза жизни, целенаправленно выделяя историю настоящего заболевания. У женщин детализировали гинекологический статус: менструации, роды, менопауза. При физикальном обследовании производили осмотр области почек, определяли ее симметричность, наличие припухлости, гиперемии, а также рубцов от предшествующих операций. Мужчинам выполняли пальцевое ректальное исследование предстательной железы для оценки ее состояния и выявления возможного острого патологического процесса в простате. У всех больных оценивались показатели крови и мочи. По данным УЗИ определяли размеры и контуры почек, толщину паренхиматозного слоя, его эхогенность, состояние чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), наличие дополнительных образований (кисты, камни и пр.), состояние паранефральной клетчатки. Также всем больным выполняли обзорную и экскреторную урографию. По показаниям выполняли цистографию, спиральную компьютерную томографию (СКТ).

Приоритетным скрининговым методом в диагностике ОГДП являлись УЗИ и УЗДГ, которые помогали оценивать глубину и степень поражения органов, позволяли отличать фокальное поражение от диффузного, дифференцировать распространение воспалительного процесса в ретроперитонеальную область, а также определять фиксацию почки к окружающей клетчатке [10, 11]. Резкое ограничение или отсутствие подвижности при форсированном дыхании служило дополнительным признаком острого воспалительного процесса. Также применение УЗДГ позволяло выявлять очаговые изменения кровотока паренхимы почки, которые указывают на развитие гнойно-деструктивных изменений в корково-медуллярном слое, так как при возникновении ОП развивается поражение кровеносных сосудов и клубочков, а также интерстициальной ткани. Доступность и безопасность УЗИ с применением УЗДГ делают его незаменимым и обязательным скрининг-методом.

Тактическая сложность диагностического алгоритма у больных с ОГДП заключается в трудностях установления момента, когда ОП из стадии серозного воспаления переходит в его гнойные формы. Предполагается, что такой переход может занимать от нескольких часов до нескольких суток [2].

С внедрением СКТ с контрастным усилением в диагностику ОП изменились акценты в оценке значимости различных структурных элементов мочевыделительной системы, что играет исключительную роль в диагностике клинически неоднозначных или спорных случаев поражения почек, а также при определении объема и глубины распространенности деструктивного процесса в органе [12].

Результаты и обсуждение

Среди больных ОГДП, пролеченных консервативно, апостематозный пиелонефрит был выявлен у 49 (51,5%) больных, карбункулы почек — у 24 (25%), абсцессы почек — у 15 больных (16%) и их сочетание — у 7 (7,5%) пациентов. Экстренное оперативное вмешательство выполняли при распространенном гнойно-деструктивном процессе в паренхиме почки (более двух карбункулов или абсцессов ≥ 20 -25 мм).

Статья посвящена одной из наиболее актуальных тем современной урологии — диагностике и консервативному лечению гнойных форм острого пиелонефрита. В статье оценивается диагностическая эффективность лучевых методов исследования — УЗИ, ДГИ, СКТ, показаны их преимущества, возможности и ограничения.

Приведены основные СКТ симптомы с контрастным усилением при апостематозном пиелонефрите, карбункулах, абсцессах почек. Авторы определили, что раннее комплексное лучевое обследование способствует своевременной диагностике, а назначение современной консервативной терапии начальных стадий делает возможным излечение различных форм острого гнойного пиелонефрита.

Ключевые слова: острый гнойный пиелонефрит, карбункулы, абсцессы, лучевые методы исследования, консервативная терапия.

S.A. Dubskiy, S.T. Timoshin, M.I. Petrichko

CONSERVATIVE TREATMENT OF PURULENT DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE UNCOMPLICATED PYELONEPHRITIS

Municipal hospital, Moscow Dental Institute, Moscow

Summary

The article is dedicated to one of the most problematic topics of contemporary urology — the diagnostics and conservative treatment of purulent forms of acute pyelonephritis. In this article diagnostic efficiency of radiological methods — Ultrasound, Doppler sonography Spiral CT is estimated, their advantages, possibility and restrictions are shown.

The authors have defined that early complex radiological investigation, adequate diagnostics, and administration of necessary conservative therapy make the treatment of various forms of an acute pyelonephritis, very successful.

Key words: acute pyelonephritis, abscesses, radiological investigation, conservative therapy.

Среди пациентов с диагностированным абсцессом в почке (размеры 20-25 мм) четверо отказались от хирургического лечения, и им была проведена интенсивная консервативная терапия с положительным результатом. Лечение всех больных, страдающих ОГДП, проводили после разъяснительной беседы и при информированном их согласии.

Показаниями для проведения консервативной терапии являлись:

- а) единичные карбункулы до 10-15 мм в диаметре либо единичный абсцесс до 15 мм в диаметре;
- б) отсутствие распространенности гнойного процесса за пределы капсулы почки;
- в) отсутствие гнойно-септического состояния (бактериотоксического шока);
- г) отсутствие выраженных сопутствующих заболеваний,отягчающих состояние больного.

Консервативное лечение ОГДП было основано на следующих принципах: эмпирический выбор антибакте-

риальных препаратов, ступенчатый вид их применения (внутривенное введение с последующим внутримышечным и далее пероральным приемом). Дальнейшее лечение проводили с учетом чувствительности антибактериальных препаратов к бактериальной флоре. Обязательным условием было полное восстановление оттока мочи из верхних мочевых путей.

В комплексном лечении у всех больных с гнойными формами ОП, не исключая и нозокомиальные формы, мы применили в качестве первоочередной эмпирической монотерапии антибактериальный препарат «абсолютного» спектра действия из группы карбопенемов — «Тиенам» в/в по 500 либо 1000 мг 2 или 3 раза в сут, в зависимости от стадии воспаления, интоксикации, веса больного. Основанием для преимущественного выбора данного препарата послужила чувствительность в посевах мочи микрофлоры к антибиотикам не только внебольничных, но и большинства нозокомиальных штаммов при ретроспективном анализе более 300 результатов бактериологических посевов мочи при ОП у других больных. По результатам посева мочи (в 76% была выявлена *E. Coli*) и определения чувствительности ее к антибактериальным препаратам проводилась коррекция терапии. Так, у 12 (12,6%) пациентов после получения результатов посева мочи с чувствительностью к фторхинолонам мы отменяли препарат «Тиенам» и назначали «Авелокс» по 400 мг×2 раза в день в/в.

Лечение проводили в комплексе с инфузионной дезинтоксикационной терапией. Период интенсивной консервативной терапии составлял в среднем 12-14 дн. с последующей амбулаторной терапией. Всем больным, получавшим консервативное лечение, выполнялся ежедневный ультразвуковой мониторинг и, при необходимости, СКТ.

Критериями эффективности проводимого лечения считали:

- а) уменьшение интенсивности жалоб пациентов в течение первых 2 сут;
- б) снижение или нормализация температуры тела, отсутствие ознобов;
- в) снижение лейкоцитоза крови;
- г) при скрининговом УЗИ и УЗДГ — уменьшение толщины паренхиматозного слоя и размеров очага деструкции, появление на их месте фиброзно-склеротических изменений.

В процессе лечения у 83 (87%) из 95 больных была отмечена регрессия воспалительного процесса, о чем свидетельствовали вышеуказанные критерии оценки. Дальнейшая ступенчатая консервативная терапия проводилась амбулаторно и заключалась в пероральном приеме фторхинолонов продолжительностью до 3-4 нед. При контрольных исследованиях в посевах мочи патологических штаммов у данных больных выявлено не было.

При контрольном наблюдении пациентов в сроки от 1 до 3 лет, после перенесенного ОГДП и пролеченного консервативно, отметили рецидив заболевания у 7 (8%) больных, также успешно купированный консервативно.

У больных с перенесенным апостематозным пиелонефритом и карбункулами почки при контрольной СКТ через 1 г. визуализировали нормализацию плотности паренхиматозного слоя, что являлось объективным подтверждением правильно выбранной тактики лечения. У 7

(7,3%) пациентов при динамическом наблюдении через 3 г. наблюдали образование отграниченных жидкостных включений с формированием ложных кист до 10-15 мм в диаметре. У 5 (5,2%) больных на месте абсцессов определяли участки склероза до 10-12 мм. Остальные пациенты регулярно проходили диспансерное наблюдение у уролога по месту жительства, и рецидивов заболевания ОП у них отмечено не было.

Однако у 12 (12,6%) больных из 95, получавших интенсивную консервативную терапию с использованием тактики «вооруженного» наблюдения в течение 2 сут, отметили ухудшение общего состояния, увеличение палочкоядерного сдвига, нарастание симптомов интоксикации, что было связано с более длительным сроком течения болезни до госпитализации (6-8 дн.). Этим больным в срочном порядке было выполнено оперативное пособие в объеме декапсуляции почки с иссечением карбункулов, дренированием забрюшинного пространства, а при множественных гнойниках — нефростомия.

Заключение

В основе диагностики ОГДП использовали объективную, своевременную и современную оценку общеклинических, лабораторных и лучевых признаков, особенно на ранних стадиях развития заболевания. Наиболее точную оценку при дифференцировании форм гнойного ОП дает СКТ с внутривенным контрастным усилением. Консервативное лечение неосложненных форм ОГДП у большинства наблюдаемых больных было эффективным и включало комплекс дезинтоксикационной, антибактериальной, симптоматической терапии при условии ежедневного ультразвукового мониторинга за состоянием почек.

Оперативное вмешательство при ОГДП показано в случае безуспешного консервативного лечения в течение 2-3 сут. Оперативное вмешательство должно носить органосохраняющий характер. Все больные, перенесшие ОГДП, подлежат длительному диспансерному наблюдению, поскольку возможны обострения пиелонефрита, а также развитие кистозных изменений в почке, нефросклероза.

Выводы

Среди методов современной диагностики форм ОГДП наиболее информативна СКТ, а УЗИ является скрининговым, дополнительным и обязательным.

В условиях обеспеченности современными диагностическими и лечебными технологиями, а также при наличии возможности ежедневного УЗ-мониторинга состояния мочевыделительной системы возможно консервативное излечение многих пациентов с ОГДП.

Ранняя диагностика начальных стадий различных форм ОГДП, интенсивная терапия современными антибактериальными средствами при обеспечении эффективного оттока мочи — залог успешного консервативного лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Быковский В.А. Ультразвуковая семиотика острого пиелонефрита // Ультразвуковая диагностика. - 1998. - № 6. - С. 69-74.
2. Переверзев А.С., Коган М.И. Инфекции и воспаление в урологии. - М.: АБВ-пресс, 2007. - С. 8-14.

3. Борисов И.А. Пиелонефрит // Нефрология. - М.: Медицина, 1995. - Т. 2. - С. 109-140.
4. Власов П.В., Курбатов Д.Г. Лучевая диагностика острого пиелонефрита // Радиология и практика. - 2004. - №3. - С. 62-68.
5. Bertolotto M., Quaia E., Rimondini A. et al. Current role of color Doppler ultrasound in acute renal failure // Radiol Med (Torino). - 2001. - Vol. 102. - № 5-6. - P. 340-347.
6. Журавлев В.Н. Гнойный пиелонефрит: мат-лы пленума Всерос. об-ва урологов. - Екатеринбург, 1996. - С. 17-84.
7. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. - СПб.: Медиа Пресс, 1996.
8. Урология. Национальное рук-во [под ред. Н.А. Лопаткина]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. Петричко М.И. Гнойный пиелонефрит у беременных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Хабаровск, 1989. - С. 28-35.
10. Kumar P.D., Brown L.A. Focal bacterial nephritis (lobar nephronia) presenting as renal mass // Am J Med. Sci. - 2000. - Vol. 320. - № 3. - P. 209-211.
11. Parenti G.C., Passari A. Acute pyelonephritis. Role of diagnostic imaging // Radiol Med. (Torino). - 2001. - Vol. 101. - № 4. - P. 251-254.
12. Курбатов Д.Г., Дубский С.А. Лучевая диагностика острого пиелонефрита. - М., 2007. - С. 30-48.

Координаты для связи с авторами: Дубский Сергей Анатольевич — канд. мед. наук, врач-уролог отделения урологии Городской клинической больницы №31 г. Москвы, e-mail: sdubskiy@mail.ru; Тимошин Сергей Тихонович — зав. отделением урологии Городской клинической больницы №31, тел.: 8-(495)-668-20-78; Петричко Михаил Иванович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии Московского стоматологического института, тел.: (903)-136-54-27, e-mail: petrighko.mi@mail.ru.

