

Тактика лечения калькулезного острого гнойного пиелонефрита

Капсаргин Ф.П., кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, доцент, кандидат медицинских наук, г. Красноярск

Tactics of treatment calculouse acute purulent pyelonephritis

Kapsargin F.P.

Резюме

В работе представлен анализ результатов клинической апробации комплексной терапии калькулезного острого гнойного пиелонефрита (КОГП), с использованием дренирования забрюшинного пространства (ЗБП) полупроницаемыми мембранами. Эффект предложенной методики изучен путем сравнительного анализа с традиционной терапией КОГП. Доказано, что дренирование ЗБП с использованием полупроницаемой мембраны улучшает течение раневого процесса в люмботомической ране, предотвращает попадание токсинов в сосудистое русло, способствует быстрому восстановлению диуретической функции пораженной почки.

Ключевые слова: острый калькулезный гнойный пиелонефрит, дренирование, забрюшинное пространство, полупроницаемая мембрана, раневого процесс.

Resume

The paper presents an analysis of the results of acute purulent pyelonephritis (CAPP) calculouse complex therapy clinical testing, using retroperitoneal drainage (RPD), a semipermeable membrane. The effect of the proposed method was studied by comparative analysis with traditional therapy CAPP. Proved that the drainage RPD using a semipermeable membrane improves traumatic process flowing in lumbotomy wound, prevents the formation of toxins in the vasculature, contributes to the rapid restoration of diuretic function of the affected kidney.

Key words: acute calculary purulent pyelonephritis, drainage, retroperitoneal space, semi-permeable membrane, wound process.

Введение

Острый пиелонефрит является нередким осложнением мочекаменной болезни (МКБ). Он может сопровождаться тяжелой интоксикацией организма и часто возникающим септическим шоком, при котором летальность составляет 60–92%. Частота нефрэктомии при развитии гнойного процесса в почке увеличивается до 25–50%, а послеоперационная летальность до 18,9–28,7% (1,2,3,4,11).

Тяжесть клинического течения КОГП определяется нарушением функций жизненно важных органов. Локальные проявления острого гнойного пиелонефрита могут быть представлены апостематозным нефритом, карбункулом или абсцессом почки. Клинические проявления воспалительного процесса при окклюзии мочевыводящих путей варьируют от так называемой урестральной лихорадки или атаки пиелонефрита до резких нарушений функций жизненно важных органов, характерных для бактериотоксического шока (3,5,11).

Успехи в синтезе новых антибиотиков, к сожалению, не решили проблемы лечения гнойных заболеваний. Их широкое применение привело к распространению внутрибольничной инфекции и появлению в последние годы высоковирулентной антибиотикорезистентной микрофлоры, которая во многом определяет патогенетические особенности течения, клинические проявления и исход гнойно-воспалительных процессов (7,8,10,12).

Проблема лечения больных с гнойным пиелонефритом остается до настоящего времени актуальной и нерешенной. Внедрение в практику эфферентных методов детоксикации организма – плазмасорбции, плазмафереза, гемосорбции и лазеротерапии открыло новые возможности в лечении острого деструктивного пиелонефрита (5,6,8,12).

Наше внимание привлекла митная сорбционная терапия, способная предотвратить поступление в кровь имеющихся в гное микроорганизмов, эндо- и экзотоксинов (9,6).

Цель исследования: разработка и клиническая апробация комплексной терапии КОГП, основанной на применении способа дренирования забрюшинного пространства (ЗБП) дренажными устройствами, функционирующими по принципам разделительных процессов на полупроницаемой мембране.

Ответственный за ведение переписки –
Капсаргин Ф.П.,
660022, Г.Красноярск, ул. партизана Железняк, 1.
e-mail stk99@yandex.ru
тел. 8 3912 20 19 14

Материалы и методы

В работе представлены результаты обследования и лечения 51 больного КОГП, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Дорожной больницы на ст. Красноярск.

Все больные оперированы. Оперативное пособие включало пиелолитотомию или уретеролитотомию, декапсуляцию почки, рассечение или иссечение карбункулов, нефростомию и дренирование ЗБП. Общая терапия послеоперационного периода во всех группах была идентичной. Антибактериальную терапию начинали, ориентируясь на выраженность гнойного процесса, предполагаемый возбудитель и на сведения о ранее применявшихся антибактериальных препаратах. На 4 - 5-е сутки антибиотик назначали на основании результатов антибиотикограммы.

Эффект предложенной методики лечения изучен путем сравнительного анализа с традиционной терапией КОГП. Больные были разделены на две группы.

Группа I - 21 пациент. У них после удаления конкремента, нефростомии, декапсуляции почки, иссечения гнойников открытую операцию завершали дренированием забрюшинного пространства двумя марлевым тампонами с мазью Вишневского и двумя резиновыми дренажами. Рана частично ушивалась. С третьих суток тампоны подтягивали, а на 6 - 7 сутки, после формирования раневого канала, их удаляли, рана продолжала дренироваться резиновыми выпускниками. В дальнейшем проводилась обработка раневой полости 2% раствором перекиси водорода и диоксином.

Группа II - 30 пациентов. Больным этой группы во время операции забрюшинно по передней и задней поверхностям декапсулированной почки устанавливали 4 устройства для раневого трансмембранного диализа (РТМД). Последние представляют собой отрезки трубчатой полупроницаемой мембраны из целлофана или купрофана, один из концов которой завязывается, а второй фиксируется на ирригаторе. В каждой РТМД-дренаж вводили по 5,0 мл диализирующего раствора (50% водный гель низкомолекулярного медицинского поливинилпирролидона). Кроме того диализат содержал антисептик (диоксидин 5,0 мл) и анестетик (новокаин 1,0% - 2,0 мл). Дренаж заполнялся на 1/4 объема. Основанием для прекращения диализа и удаления мембранных дренажей служили: нормализация температуры тела и картины крови, отсутствие отека, инфильтрации краев раны и гнойного отделяемого.

Результаты исследования

При традиционном лечении у больных КОГП первой группы длительное время сохранялись симптомы общей интоксикации, даже нараставшие в первые трое суток послеоперационного периода. У большинства больных температура нормализовалась лишь к 10-му суткам, у 11% пациентов субфебрилитет сохранялся и на 21-й день после операции. Показатели пульса нормализовались на 8-9-й день, а болевой синдром исчезал к 6-7-му дню.

У больных второй группы клинический эффект на-

ступал в более ранние сроки: у 91% пациентов уже к 7 дню нормализовалась температура, а болевой синдром купировался к 3-4-м суткам.

При традиционном дренировании ЗБП в течение 10-12 суток сохранялось обильное серозно-гнойное отделяемое (дренирование резиновыми выпускниками продолжалось у них до трех недель). У 8 больных группы I (23,5%) в послеоперационном периоде проводилась ревизия и санация операционной раны с последующим дополнительным дренированием. Раны у всех больных этой группы заживали вторичным натяжением. Нефропиелостомический дренаж удаляли после восстановления уродинамики через 27,4±1,0 дня. Средний койко-день в этой группе больных составил 28,2 ± 0,7.

Местные изменения в области раны при использовании РТМД (группа II) отличались, как правило, исчезновением отека и гиперемии краев в области дренажей к 3-4-м суткам. Повязка оставалась практически сухой с 3-х суток. Полное очищение раны происходило на 9-10 день. По мере купирования воспалительного процесса в почке и забрюшинном пространстве постепенно снижалось количество диализата (составлявшего в первые сутки 50-60 мл) и РТМД-дренажи последовательно извлекались (с 8-9 дня). На 11-13 сутки раневой диализ заканчивался. Поверхность раны, соприкасавшаяся с дренажами, к этому сроку покрывалась сочными мелкозернистыми грануляциями.

Операционные раны у больных второй группы заживали по типу первичного натяжения. Нефропиелостомический дренаж у них удаляли на 23±0,7 сутки. Койко-день у больных второй группы составил 24,3 ± 0,2.

Таким образом, использование РТМД улучшает течение раневого процесса в люмботомической ране, предотвращает попадание токсинов в сосудистое русло и тем самым обеспечивает эффективную местную детоксикацию и более благоприятное течение раневого процесса.

Динамика лабораторных исследований соответствовала клинической картине заболевания, у больных второй группы быстрее нормализовались показатели крови, биохимические анализы, самочувствие.

При изучении выделительной и концентрационной функций почек, выявлена «асимметрия» распределения диуреза между оперированной и интактной почками, исчезающая в разные сроки после операции, в зависимости от избранного способа лечения.

У больных первой группы в течение первых суток общее количество мочи составило 843,0±43,0 мл, у 3 (18%) из них диурез не превышал 500 мл. По нефростомическому дренажу выделялось 197,0±37,0 мл мочи, естественным путем - 648,0±59,0 мл. К 7-му дню после операции у 82% больных первой группы почки выделяли равное количество мочи.

У больных второй группы в течение первых суток после операции, общее количество мочи составило 1312,0±75,0 мл, что достоверно больше, чем в первой группе больных. По нефростомическому дренажу мочи выделялось в 2,6 раза больше, чем в контрольной группе. Уже к 3-му дню после операции у 42,4% больных первой

группы почки выделяли равное количество мочи.

Таким образом, применение трансмембранного раневого диализа забрюшинного пространства при калькулезном остром гнойном пиелонефрите позволяет оптимизировать течение раневого процесса, обеспечивает за-

живление операционной раны по типу первичного натяжения, снижает уровень интоксикации, способствует восстановлению диуретической функции пораженной почки. ■

Литература:

1. Антонов, А. Г., Лаптинский, Д. М. Контактна литотрипсия конкрементов мочеточника на фоне обструктивного пиелонефрита. - Первый Российский конгресс по эндоурологии: матер.; 4-6 июня 2008, Москва. - М., 2008. - С. 139-140.
2. Лопаткин, Н. А. Деревко И. И. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии. Рус. мед. журн. - 1997. - №24. - С. 1579-1587.
3. Лоран, О. Б. Функциональное состояние почек у больных, перенесших гнойный пиелонефрит; О. Б. Лоран, Е. В. Синцова, Е. В. Берников. Урологи. - 2008. - №5. - С. 3-7.
4. Малахова, М. Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме. Интенсивная терапия. - 2000. - №6 (4). - С. 3-14.
5. Неймарк, И. И. Опыт применения экстракорпоральных методов детоксикации организма при острых заболеваниях органов брюшной полости; И. И. Неймарк, В. А. Овчинников. Вестн. хирургии. - 1991. - №1. - С. 86-89.
6. Нобио, Н. Полимеры медицинского назначения, используемые для разделения и диффузии веществ; Н. Нобио. Полимеры медицинского назначения; Пер. с п. - М., 1981. - С. 26-86.
7. Перепанова, Т. С. Принципы антибактериальной профилактики перед эндоурологическими операциями. Первый Российский конгресс по эндоурологии: матер.; 4-6 июня 2008, Москва. - М., 2008. - С. 78-79.
8. Рациональная фармакотерапия в урологии; Под ред. Н. А. Лопаткина, Т. С. Перепанова. - М.: Литтерра; 2006. - 466 с.
9. Селезов, Е. А. Профилактика и лечение эндотоксикоза при тяжелой тазобедренной травме; Е. А. Селезов, И. П. Назаров, А. А. Лака. Детоксикация в хирургии: тез. докл. Респ. симп. - Махачкала, 1989. - С. 76-77.
10. Сорокин, Н. И. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений при перкутанной нефролитотрипсии; Н. И. Сорокин, Н. А. Григорьев, Е. В. Шпоть. Первый Российский конгресс по эндоурологии: матер.; 4-6 июня 2008, Москва. - М., 2008. - С. 248-249.
11. Multiple splenic and renal abscesses caused by *Candida albicans*: a new diagnostic and therapeutic method using intraoperative echography and closure of the residual cavities with biological glue; A. Giannotta, H. Alessandrini, P. P. Guastalla et al. J. Urol. (Paris). - 1983. - V. 89, №9. - P. 695-699.
12. Renyi-Vamos, F. Prevention of pyelonephritis; F. Renyi-Vamos, F. Balogh. Z. Urol. Nephrol. - 1986. - Bd. 79, №12. - S. 717-721.