

С.А. Семёнов

**ДИАГНОСТИКА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Н.А. Нечипоренко

2-я кафедра хирургических болезней

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

S.A. Semenov

**DIAGNOSIS AND IMMEDIATE RESULTS OF TREATMENT
OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PYELONEPHRITI
OF THE SINGLE KIDNEY**

Tutor: professor N.A. Nechiporenko

2-nd department of surgical diseases

Grodno State Medical University, Hrodna

Резюме. Точную диагностику ОГП единственной почки обеспечивает КТ или МРТ. Лучшие непосредственные результаты лечения ОГП единственной почки достигаются методом открытой органосохраняющей операции с последующей антибактериальной терапией.

Ключевые слова: единственная почка, острый гнойный пиелонефрит, лечение.

Resume. The best immediate results were noted in the group of patients who underwent open organ-preserving surgery.

Keywords: solitary kidney, acute purulent pyelonephritis, treatment.

Актуальность. Острый гнойный пиелонефрит (ОГП) (апостематозный пиелонефрит, карбункул почки и абсцесс почки) у пациентов с единственной почкой является угрожающим жизни заболеванием [1]. Тяжесть течения ОГП единственной почки, особенности диагностики и сложность лечения, и сомнительный прогноз определяют актуальность этого заболевания в современной урологии [2, 3].

Цель: представить особенности клинических проявлений, диагностики и ближайших результатов лечения пациентов с ОГП единственной почки.

Задачи: обосновать алгоритм диагностики и лечения ОГП единственной почки.

Материал и методы. В клинике урологии Гродненской университетской клиники с 2017 по 2020 год лечились 10 пациентов с ОГП единственной почки (мужчин -2, женщин – 8).

До поступления в клинику пациенты от 4-х до 8 суток лечились по поводу ОП амбулаторно или в других лечебных учреждениях. А в силу развития анурии (у 7) или олигурии (у 3) пациенты были направлены в урологическое отделение Гродненской университетской клиники.

При поступлении у всех пациентов отмечены типичные клинико-лабораторные признаки острого пиелонефрита, а методы визуализации: УЗИ, КТ или МРТ с контрастным усилением позволили выявить признаки гнойной деструкции в паренхиме почки. Всем проведено специальное лечение.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях при поступлении пациенты предъявляли жалобы на: боли в поясничной области на стороне поражения, t тела $>38^{\circ}\text{C}$ (с ознобами у 6). Снижение суточного диуреза до 300-400 мл отмечали 3 пациента и анурию в течение 1-2 суток отмечали 7 пациентов.

При физикальном обследовании: болезненность в поясничной области на стороне поражения, положительный симптом поколачивания у всех, учащенное мочеиспускание – у 3-х. У 4-х пациентов отмечена артериальная гипотония (90-80 x 50-40 мм рт. ст.). Общее состояние пациентов при поступлении расценено как тяжелое.

Лабораторно: в анализах крови: лейкоциты $17,3 \pm 2,9$ -х $10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы $18,9 \pm 4,6\%$; мочевины крови – $23,9 \pm 5,9$ ммоль/л; креатинин – $539,0 \pm 162,7$ мкмоль/л; сахар в крови $> 7,0$ ммоль/л у 5 пациентов, билирубин > 30 мкмоль/л – у 5.

Концентрация прокальцитонина составила >200 нг/мл – у 5, а пресепсина >300 пг/мл – у 7.

В анализах мочи, выполненных до развития анурии у 7 пациентов и у 3-х пациентов с олигурией при поступлении имела место лейкоцитурия.

Таким образом, клинико-лабораторное обследование позволило диагностировать у всех 10 пациентов острый пиелонефрит единственной почки с анурией у 7 и олигурией у 3-х, сахарный диабет – у 5. У 7 пациентов диагностирован уросепсис.

Всем выполнено УЗИ почек: отмечено увеличение пораженной почки в размерах, нарушение дыхательной подвижности почки и увеличение толщины паренхимы. Конкременты в ЧЛС отмечены у 7, нарушение оттока мочи из лоханки почки имело место у всех в виде: гидронефроза I ст. – у 3-х; гидронефроза II ст. – у 6; гидронефроза III ст. – у 1-й пациентки. Гипо- или анэхогенные очаги диаметром до 3-х см в паренхиме почки отмечены у 7 пациентов (на операции карбункулы или абсцессы).

КТ или МРТ выполнены всем пациентам. Гиповаскулярные очаг(и) до 27 мм в диаметре в паренхиме почки отмечены у 9-ти (в том числе и у 3-х пациентов, у которых при УЗИ было выявлено только увеличение почки в размерах вероятные признаки ОГП) и неоднородное содержимое в ЧЛС гидронефротически измененной почки – у 1-й. Камни в ЧЛС единственной почки или ее мочеточнике по томографии выявлены у 7 пациентов.

Следовательно, у всех 10 пациентов с единственной почкой ОГП развился на фоне обструктивной уропатии калькулезного генеза у 7-ми или на фоне обструктивной уропатии и сопутствующих заболеваний: сахарный диабет – 1, хронический пиелонефрит контрлатеральной сморщенной почки – 2.

На основании УЗИ, МРТ и КТ с контрастным усилением всем 10 пациентам выставлен диагноз «острый гнойный пиелонефрит единственной почки».

В течение первых 24 часов от момента поступления пациентам начато лечение: установка внутреннего мочеточникового стента с последующей антибактериальной терапией (АБТ) – 4, открытая операция с последующей АБТ проведена 5 пациентам; пункционная нефростомия с последующей АБТ – 1.

Использованные методы визуализации явились объективным подтверждением гнойного процесса в паренхиме почки, причем КТ и МРТ отличаются наибольшей диагностической чувствительностью.

Пациентам по поводу острого гнойного пиелонефрита проводилось лечение тремя методами: 1) установка внутреннего мочеточникового стента с последующей АБТ, 2) открытая операция с последующей АБТ; 3) пункционная нефростомия с последующей АБТ.

Непосредственные результаты лечения.

1. Лечение установкой внутреннего мочеточникового стента с последующей целенаправленной антибактериальной терапией начато 4-м пациентам.

Среди этих 4-х пациентов у 3-х к концу четвертых суток от начала лечения отмечена положительная клинико-лабораторная динамика. На 12-13 сутки от начала лечения пациенты со стентом выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Через 1,5-2 месяца пациенты были госпитализированы в клинику повторно. Одному выполнена пиелолитотомия, второму проведена ДЛТ камня лоханки. Оба в уд. состоянии выписаны на амбулаторное лечение. У третьего пациента отмечено прогрессирование ХПН, что потребовало перевода на гемодиализ.

У четвертой пациентки в течение 5 дней АБТ на фоне восстановленного оттока мочи мочеточниковым стентом оказалась не эффективной, сохранялась гипертермия и анурия. Пациентке выполнена открытая операция. При ревизии почки более 2/3 ее паренхимы поражены карбункулами. Выполнена нефрэктомия. Пациентка переведен на гемодиализ.

2. Открытая операция выполнена 5 пациентам

Множественные очаги гнойной деструкции в почке по данным методов визуализации и тяжесть состояния 5 пациентов сразу явились показанием для открытого хирургического вмешательства. Двум пациентам выполнена операция в объеме декапсуляции почки, иссечения карбункулов и нефростомии. Двум выполнена пиелолитотомия, декапсуляция, иссечение карбункулов и нефростомия. После операции всем пациентам проводилась целенаправленная АБТ. У этих 4-х пациентов лечение позволило добиться положительной клинико-лабораторной динамики и восстановления функции почки к 4-5 дню лечения.

У пятого пациента при ревизии почки выявлены множественные карбункулы и абсцессы, тотальное гнойное пропитывание паренхимы. Выполнена нефрэктомия. Пациент переведен на гемодиализ. Во всех случаях гистологическое исследование фрагмента паренхимы почки подтвердило гнойный процесс.

3. Лечение методом пункционной нефростомии с последующей АБТ проведено одной пациентке.

По нефростоме получен гной из ЧЛС почки. Начата антибактериальная терапия на фоне стимуляции диуреза. Лечение дало эффект. Почка функционирует (700-800 мл мочи за сутки). На 14 день после операции пациентка с функционирующей нефростомой выписана на амбулаторное лечение. Через 2 месяца на нефростоме успешно проведена ДЛТ камня лоханки.

После открытых операций и в случае диагностированного сепсиса пациенты находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, где целенаправленная АБТ дополнялась методами экстракорпоральной детоксикации (по показаниям гемосорбция, плазмаферез, гемодиализ).

Анализ результатов обследования пациентов с ОГП единственной почки позволяет сделать заключение о первостепенной роли КТ и МРТ в диагностике очагов гнойной деструкции в паренхиме почки. А непосредственные результаты лечения пациентов с ОГП единственной почки свидетельствуют о том, что хирургическое лечение пациентов по-прежнему остается основным и эффективным методом.

Выводы:

1. Диагноз «острый гнойный пиелонефрит единственной почки» основывается на клинико-лабораторных данных (признаки острого пиелонефрита) и результатах методов визуализации УЗИ, МРТ и КТ с контрастным усилением позволивших выявить очаги гнойной деструкции в паренхиме почки.

2. Адекватным методом лечения пациентов с ОГП единственной почки является: экстренная органосохраняющая операция в объеме декапсуляции почки, санации гнойного очага и восстановления оттока мочи из почки с последующей целенаправленной АБТ и экстракорпоральной детоксикацией.

3. 30% пациентов с ОГП ед. почки нуждаются в гемодиализе.

Литература

1. Иванов, А.П. Современная этиологическая структура заболеваний единственной почки после нефрэктомии /А.П. Иванов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2011. - №9. – С.69-71.

2. Острый пиелонефрит / Российские клинические рекомендации УРОЛОГИЯ (под редакцией Ю. Г. Аляева [и др.]. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – С.429-441.

3. Иванов, А.П. Нефрэктомия в современны [условиях: причины и дальнейшая судьба больных с единственной почкой // А. П. Иванов, И.А. Тюзиков // Фундаментальные исследования. – 2011. - №7. – С.64–66.