

вмешательства. Улучшение состояния пациентки отмечают при осмотре через 3 мес. после операции, что проявляется в виде исчезновения поллакиурии, затрудненного мочеиспускания, болей, увеличения эффективной емкости мочевого пузыря. Всем пациенткам рекомендуется выполнение ежегодной контрольной цистоскопии с биопсией слизистой мочевого пузыря [1, 5].

Заключение

На основании приведенных данных ЛМП представляется как полиэтиологическое заболевание с различными формами и различными клиническими проявлениями. Вышеуказанные исследования демонстрируют связь хронической инфекции нижних мочевых путей и ЛМП; кроме того показана роль ассоциаций микроорганизмов и длительность предшествующего лечения. Имеется возможность малигнизации ЛМП при 3-й стадии заболевания с обширной зоной поражения слизистой мочевого пузыря. Главными преимуществами лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря являются минимальная хирургическая травма, хороший гемостаз, отсутствие интраоперационных осложнений, быстрое очищение слизистой мочевого пузыря от струпа, короткий период послеоперационной реабилитации. Пациентам с выявленной ЛМП следует проводить ежегодную цистоскопию и визуализацию верхних мочевых путей с целью исключения осложнений, таких как обструкция мочевыводящих путей и сморщивание мочевого пузыря.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка эффективности лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря у женщин с хроническим циститом / С. Х. Аль-Шукри [и др.] // Медицина и образование. – 2013. – № 5. – С. 14–21.
2. Неймарк, А. И. Клинико-лабораторные особенности цистита у женщин с лейкоплакией мочевого пузыря / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, Т. С. Таранина // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – Т. 70, № 3. – С. 51–54.
3. Ильинская, Е. В. Лейкоплакия слизистой оболочки мочевого пузыря как гендер-ассоциированное заболевание / Е. В. Ильинская, А. А. Вершинина, С. И. Исаченко // Медицина и образование. – 2013. – № 5. – С. 18–23.
4. Two adolescent girls with keratinizing squamous metaplasia of the bladder / М. Т. Bayram [et al.] / Urology. – 2012. – Vol. 80, № 1. – P. 207–209.
5. Смирнов, Д. С. Особенности диагностики и лечения больных с лейкоплакией мочевого пузыря : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.40 / Д. С. Смирнов ; ГОУ ВПО СПб ГПМА Росздрава. – СПб., 2007. – 23 с.

УДК 616.61-002.3-036.11-07-08

Д. М. Василевич, А. И. Войтехович

Учреждение здравоохранения

«Гродненская университетская клиника»

г. Гродно, Республика Беларусь

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение

В настоящее время меняется отношение к стандартам традиционного лечения пациентов с острым гнойным пиелонефритом (ОГП). Благодаря применению современных антибактериальных препаратов и возможности проводить эффективную медикаментоз-

ную и экстракорпоральную детоксикацию, коррекцию нарушений функции почек и угнетения клеточного и гуморального иммунитета, коррекцию нарушений свертывающей системы крови и микроциркуляции в капиллярах, появилась реальная возможность с успехом применять малоинвазивный или только медикаментозный метод лечения гнойного пиелонефрита [1, 2, 3].

В работах Л. А. Синяковой [3] и М. И. Когана [2] показаны возможность и преимущества только АБТ или малоинвазивного лечения ОГП по сравнению с открытым хирургическим вмешательством. Пораженная почка быстрее восстанавливает функциональную способность, и отдаленные осложнения развиваются не так часто, как это отмечается среди пациентов, перенесших открытое хирургическое лечение по поводу ОГП.

До получения результатов посева мочи на микрофлору и определения чувствительности уропатогенов к антибиотикам стартовая эмпирическая АБТ проводится препаратами с расширенным спектром антибактериальной активности (карбапенемы), резистентность к которым основных возбудителей пиелонефрита отсутствует или находится на достаточно низком уровне [1, 3].

Но при отсутствии положительной динамики в состоянии пациента с ОГП при проведении антибактериального лечения рассматривается вопрос о хирургическом открытом вмешательстве.

В клинических рекомендациях МЗ РФ «Острый пиелонефрит у взрослых» [4], которые вышли в 2019 г., отмечено, что «открытое хирургическое лечение рекомендуется пациентам с острым пиелонефритом в стадии гнойного воспаления, при невозможности дренирования почки малоинвазивными методами независимо от причины, или при отрицательной динамике в состоянии пациента на фоне адекватной антибактериальной терапии при восстановленном оттоке мочи из почки».

Вместе с соавторами С. А. Дубский (2010) [1] приводит расширенные показания для только медикаментозного лечения ОГП при восстановленном оттоке мочи из пораженной почки:

- 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.

Вместе с тем на сегодняшний день при гнойных формах острого пиелонефрита сохраняется высокая частота развития таких грозных осложнений, как уросепсис, токсический гепатит, острая и хроническая почечная недостаточность, которые определяют и высокую частоту выполняемых нефрэктомий (25–50%), и относительно высокую послеоперационную летальность (18,9–28,7%) [5].

Цель

Оценить возможность и показания к проведению консервативной терапии при остром гнойном пиелонефрите.

Материалы и методы исследования

В урологическом отделении УЗ «Гродненская университетская клиника» мы наблюдали 264 пациентов с односторонним гнойным пиелонефритом. Диагноз ОГП был установлен на основании клинико-лабораторных признаков ОП и абсолютных томографических признаков ОГП.

У 50 пациентов отток мочи из пораженной почки был сохранен. Общее состояние 17 (34%) пациентов при поступлении оценено как тяжелое септическое. От предложенной операции эти 17 пациентов отказались. Состояние остальных 33 пациентов было расценено как средней тяжести.

Всем 50 пациентам было начато медикаментозное лечение: антибиотики из группы карбапенемов, антикоагулянты и дезинтоксикационная терапия (у 18 пациентов проводились курсы экстракорпоральной детоксикации – плазмаферез и гемосорбция). В течение 5 дней лечения ежедневно выполнялось УЗИ почек с целью контроля за состоянием очагов гнойной деструкции в паренхиме пораженной почки. К концу 5–6-х сут отмечена положительная клиничко-лабораторная динамика у 33 (66,0%) пациентов, но эхоскопических изменений со стороны очагов деструкции в паренхиме почки не наблюдали. А у 17 (34,0%) пациентов положительная клиничко-лабораторная динамика в состоянии пациентов отмечена к 10–12-му дню лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Все 50 пациентов выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на 16–18-е сут от поступления с рекомендациями продолжить антибактериальную и фитотерапию в амбулаторных условиях в течение 4–6 нед. под наблюдением уролога.

Перед выпиской всем выполнено УЗИ почек. У 37 в паренхиме пораженной почки сохранялись ранее выявленные очаги различной плотности со снижением кровотока, у 13 очаги в паренхиме сохранялись, но уменьшились в размерах. Отток мочи из почки у всех пациентов был не нарушен.

Выводы

1. При одиночном очаге гнойной деструкции в паренхиме диаметром до 4 см и при апостематозном пиелонефрите, в случаях обеспечения адекватного оттока мочи из почки, медикаментозное лечение оказывается эффективным.

2. Только медикаментозное или малоинвазивное лечение ОГП по сравнению с открытым хирургическим вмешательством имеет свои преимущества (пораженная почка быстрее восстанавливает функциональную способность, и отдаленные осложнения развиваются не так часто, как это отмечается среди пациентов, перенесших открытое хирургическое лечение).

3. Стартовая эмпирическая АБТ должна проводиться препаратами с расширенным спектром антибактериальной активности (карбапенемы), дальнейшее лечение должно обязательно проводиться с учетом чувствительности бактериальной флоры к антибактериальным препаратам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дубский, С. А. Консервативное лечение гнойно-деструктивных форм острого неосложненного пиелонефрита / С. А. Дубский, С. Т. Тимошин, М. И. Петричко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 82–85.
2. Коган, М. И. Энигма острого пиелонефрита / М. И. Коган // Вестник урологии. – 2023. – Т. 11, № 1. – С. 5–12. – doi: 10.21886/2308-6424-2023-11-1-05-12
3. Синякова, Л. А. Антибактериальная терапия острого пиелонефрита / Л. А. Синякова // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – № 11. – С. 34–39.
4. Клинические рекомендации – Острый пиелонефрит – 2019 : утверждены Минздравом РФ МКБ 10: N10. – Российское общество урологов, 2019. – 9 с.
5. Гнойно-деструктивные формы пиелонефрита, осложненные уросепсисом и острой почечной недостаточностью / С. М. Алферов [и др.] // Урологические ведомости. – 2016. – Т. 6, № 5. – С. 9–10.