

Гострий гнійний пієлонефрит: погляд на проблему

Саричев Л.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. В урологічній клініці гнійні форми гострого пієлонефриту складають 20-30%. При цьому частота нефректомії дорівнює 30-40%, а летальність сягає 10-20%. Разом з тим, з впровадженням у клінічну практику високоінформативних методів візуалізації, сучасних антибактеріальних препаратів та мініінвазивних технологій простежується тенденція до відмови від хірургічного лікування гострого гнійного пієлонефриту.

Мета дослідження. Оцінити ефективність консервативної лікувальної тактики у поєднанні з мініінвазивними технологіями при гострому гнійному пієлонефриті.

Матеріали і методи. Впродовж 1997-2012 рр. в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського знаходилось на лікуванні 306 хворих на гострий гнійний пієлонефрит (середній вік $51,2 \pm 1,3$ років): чоловіків - 157 (51,3%), жінок - 149 (48,7%). У 70,1% спостережень інфікування нирок відбувалось уриногенним шляхом, у 29,9% спостережень - гематогенним шляхом.

Сепсис ускладнював гострі гнійно-запальні захворювання нирок у 67,9% спостережень: дифузно-гнійний пієлонефрит - 47,9%; фокальний бактеріальний нефрит (апостематозний нефрит) - 72,3%; мультифокальний бактеріальний нефрит (карбункул нирки) - 86,5%; ксантогранульоматозний та емфізематозний пієлонефрит - 100,0%, абсцес нирки - 27,0%. При дифузно-гнійному пієлонефриті септичний шок спостерігався у 17,9% хворих, фокальному бактеріальному нефриті - у 23,7% хворих; мультифокальному бактеріальному нефриті - у 31,2% хворих, при абсцесі нирки - у 4,0% хворих.

Фокальний бактеріальний нефрит - 77 спостережень (25,2%), *мультифокальний бактеріальний нефрит* - 86 спостережень (28,1%) та *абсцес нирки* до 3 см - 11 спостережень (3,6%) підлягали консервативному лікуванню

під УЗ та КТ моніторингом. Емпірична внутрішньовенна антибактеріальна терапія починалась з препаратів, протимікробна активність яких охоплювала >90% ймовірних збудників. Після отримання результатів бактеріологічного дослідження проводили корекцію антибактеріальної терапії.

При *абсцесі нирки* ≥ 3 см – 13 спостережень (4,2%) проводилась черезшкірна пункційна аспірація гнійного вмісту під УЗ чи КТ контролем.

При *абсцесі нирки* ≥ 4 см - 33 спостереження (10,8%) та *поширенні нагноєння на заочеревинний простір* виконувалось черезшкірне пункційне дронування гнійного вогнища балон-катетером Foley 20 F, що забезпечувало ефективне відведення густого гнійного вмісту. У 5 випадках одночасно проведене дронування гнійного вогнища нирки та жирового тіла.

Результати та обговорення. Клінічні спостереження, УЗ, КТ моніторинг та результати патоморфологічних досліджень свідчать, що прогресування інфекції нирок від серозної стадії запалення до розвитку окремих клініко-морфологічних форм гострого пієлонефриту становить єдиний безперервний патологічний процес.

За результатами патоморфологічних досліджень при гематогенному інфікуванні нирок формування гнійних вогнищ відбувається переважно у корковій речовині, навколо повитих канальців. При уриногенному інфікуванні – у мозковій речовині. При цьому характер морфологічних змін у нирках зумовлюється терміном оклюзії і вірулентністю інфекції.

Розвиток нагноєння супроводжується збільшенням частоти та тяжкості септичних ускладнень. Характерно, що по мірі формування піогенної капсули зменшувалась прояви сепсису. У хворих на цукровий діабет, людей похилого і старечого віку нагноєння достовірно частіше ($p < 0,01$) супроводжувалось септичним шоком (50,1% та 37,4% проти 22,7%).

Особливе місце серед гострих гнійних уражень нирок посідає *дифузно-гнійний пієлонефрит* – 74 спостереження (24,2%). Означена клініко-морфологічна форма не входить до жодної класифікації, проте за клінічним перебігом має всі ознаки гострого гнійного запального процесу, завжди має

обструктивний характер і за патогенезом передує апостематозному нефриту. При своєчасному відновленні порушеної уродинаміки та адекватній антибактеріальній терапії має зворотній розвиток.

За морфологічною картиною дифузно-гнійний пієлонефрит характеризується набряком, гіперемією та ерозією слизової оболонки ниркової миски і чашок. Підлеглий мозковий прошарок має вигляд суцільного гнійного ексудату, в якому переважають нейтрофіли і зустрічаються ділянки некротизованої ниркової тканини. На фоні дифузної гнійної інфільтрації мозкової речовини простежується формування мікроабсцесів. По мірі віддалення від ниркової миски відмічається зменшення дистрофічних та некробіотичних змін.

У 96,1% спостережень при гострих гнійних ураженнях нирок виявилась ефективною консервативна тактика, яка у 15,0% випадків доповнювалась мініінвазивними втручаннями. Показанням до хірургічного лікування - 12 хворих (3,9%) стало прогресування інфекційного запального процесу при відсутності технічних можливостей виконання мініінвазивних оперативних втручань. Нефректомія виконана 7 вкрай важким хворим (2,3%). Показанням до видалення нирки була тотальна деструкція ниркової тканини з відсутністю васкуляризації за даними ультразвукової доплерографії: мультифокальний бактеріальний нефрит - 3 спостереження, абсцес нирки - 2 спостереження, ксантогранульоматозний та емфізематозний пієлонефрит - по 1 спостереженню. Померло 5 хворих (1,6%), із них 3 - після хірургічного втручання. Причиною смерті стали септичний шок (2 спостереження), розвиток ДВС-синдрому, ускладненого шлунково-кишковою кровотечею, тромбоемболією легеневих артерій та інфарктом міокарду (по 1 спостереженню).

При контрольному обстеженні 109 пацієнтів через 0,5 - 10 років після перенесеного гострого гнійного ураження нирок хронічний пієлонефрит виявлений у 19,3% хворих, із них «зморщена нирка» - у 5,5%. Вік хворих на хронічний пієлонефрит ($58,0 \pm 2,0$ років) був достовірно вищим ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами без ознак інфекційного запального процесу ($42,5 \pm 1,7$

років). В жодному випадку не виявлено ознак хронічної ниркової недостатності та не встановлено показань до вторинної нефректомії. Характерно, що нефректомія не запобігає розвитку інфекційного запального процесу: хронічний пієлонефрит виявлений у 57,1% хворих з єдиною після нефректомії ниркою.

Висновки. За умов своєчасного відновлення пасажу сечі та адекватної антибактеріальної терапії консервативна лікувальна тактика під УЗ та КТ моніторингом дозволяє попередити прогресування інфекційного запального процесу, розвиток важких септичних ускладнень, запобігти травматичних хірургічних втручань, нефректомії та летальності. Показанням до хірургічного втручання може стати прогресування інфекційного запального процесу та відсутність технічних можливостей виконання мініінвазивних оперативних втручань. Показання до нефректомії обмежуються тотальною деструкцією ниркової тканини.