

УДК 616.613-003.7-007.21-089.876

© С. І. БАРАННИК¹, І. Д. КРИЖАНОВСЬКИЙ², І. Б. БІЛИЙ³, А. С. БАРАННИК³

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"¹

ДЗ "Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ"

ДП "Придніпровська залізниця"²

КЗ "Криворізька міська багатопрофільна клінічна лікарня № 2" ДОР³

Лікування і профілактика гнійно-септичних ускладнень та уросепсису після дистанційної літотрипсії

S. I. BARANNYK¹, I. D. KRYZHANOVSKYI², I. B. BILYI³, A. S. BARANNIK³

SI "Dnipropetrovsk Medical Academy" of MPH of Ukraine¹

SI "Road Clinical Hospital at Dnipropetrovsk Station"

"Prydniprovsk Railway"²

MI "Kryvyi Rih City Multiprofile Clinical Hospital № 2"³

TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS AND UROSEPSIS AFTER DISTANT LITOTRIPSY

Гострий обтураційний пієлонефрит виникає через обструкцію сечовода з боку дистанційної літотрипсії (ДЛТ) уламками зруйнованого каменя. Його розвитку сприяють: присутність інфекції верхніх сечових шляхів до проведення сеансу літотрипсії (або її вивільнення із внутрішніх шарів зруйнованого каменя), а також радіарне розповсюдження ударної хвилі від ниркової миски за чашками з її руйнівними наслідками в паренхімі, які особливо визначаються на межі мозкової та кіркової речовин. Крім того, вплив ударної хвилі на ниркові пиптики зумовлює пошкодження їх замикального апарату і створює умови для розвитку рефлюксної уропатії. Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі обструкції сечових шляхів може призвести до уросепсису, бактеріємичного шоку як прояву або наслідку загострення уросепсису.

Проведено аналіз лікування 198 хворих із порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів після ДЛТ, що ускладнилось гострим обтураційним пієлонефритом у 39 хворих. Вік хворих – від 21 до 64 років. Усунення обструкції здійснювали за допомогою стентування сечовода з боку обструкції (20 хворих) або виконання пункційної нефростомії (13 хворих). У 26 пацієнтів перебіг запального процесу був за септичним типом, і в 11 хворих розвинулась картина бактеріємичного шоку. Із них 6 хворим виконано відкрите операційне втручання, у 5 – обструкцію усунуто за допомогою пункційної нефростомії. Всі хворі отримували комплексне лікування уросепсису відповідно до стандартів, із застосуванням способів детоксикації та ультрафіолетового опромінення крові (УФОК). Помер один хворий.

Перше завдання, яке слід вирішувати терміново, полягає у своєчасному та адекватному відновленні порушеної уродинаміки з боку обструкції. Якщо ліквідувати перешкоду катетеризацією сечовода було неможливо, проводили ендовезикальну уретеролітоекстракцію або уретеролітолапаксію з наступним установленням стента. Відсутність позитивного результату від цих заходів була прямим показанням до проведення черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем, що виконано 13 хворим. Раннє усунення порушеної уродинаміки дозволило у 159 хворих (80,5 %) попередити розвиток гострого пієлонефриту. Тому своєчасне виконання черезшкірної пункційної нефростомії під УЗ-контролем вважаємо цілком виправданою маніпуляцією.

Розвиток гнійно-септичних ускладнень на тлі невідновленої уродинаміки призводить до уросепсису, раннім проявом якого є бактеріємичний шок. Бактеріємичний шок (11 хворих) розвивався одразу після масивної інвазії або через декілька годин і навіть діб. До обов'язкового переліку лікувальних заходів стосовно терапії бактеріємичного шоку належать такі:

- 1) хірургічна санація вогнища інфекції;
- 2) масивна адекватна антибіотикотерапія відповідно до антибіотикограм;
- 3) корекція гемодинамічних порушень;
- 4) фармакологічний захист нирок;
- 5) використання інгібіторів протеолізу та імунотерапія;
- 6) використання екстракорпоральних заходів детоксикації крові.

У комплексі лікування треба розрізняти заходи боротьби із колапсом та інфекцією. Будь-яка анти-

бактеріальна терапія не буде ефективною за умов збереження оклюзії. Тому хірургічне втручання, спрямоване на негайне відновлення відтоку сечі, є основним провідним етапом лікування. Стабілізація стану хворого за допомогою протишокових заходів і корекції гемодинамічних порушень дозволяє виконати негайне операційне втручання з усунення перешкоди до відтоку сечі верхніми сечовими шляхами. При наявності апостематозного пієлонефриту обов'язково проводили декапсуляцію нирки з вивільненням гнійних мас із підкапсульного простору, дренажування ниркової миски здійснювали накладанням нефростомічного дренажу.

Протизапальну терапію призначали тільки після забезпечення адекватного відтоку сечі. Дозу антибіотиків визначали з урахуванням не тільки чутливості мікрофлори, але й маси тіла хворого, концентраційної спроможності нирок. Заходи боротьби із колапсом були спрямовані на відновлення тканинного кровотоку, підтримання адекватного газообміну, корекцію метаболічних порушень. До лікування включали кортикостероїди, адреноміметичні заходи, плазмозамішувальні розчини. Прово-

дили інфузійну терапію, спрямовану на боротьбу з інтоксикацією, ацидозом, порушенням протеїнового та електролітного балансів, кислотно-лужного стану, азотистого обміну тощо.

Методи екстракорпоральної детоксикації (гемосорбцію, плазмаферез та УФОК) застосовували у всіх 11 хворих.

Висновки. Раннє відновлення порушеного пасажу сечі верхніми сечовими шляхами після ДЛТ дозволяє не тільки запобігти розвитку гострого обтураційного пієлонефриту, але й усунути можливість розвитку гнійно-септичних ускладнень нирки та уросепсису. Провідним заходом в їх усуненні і лікуванні залишається своєчасне й адекватне відновлення відтоку сечі. Найбільш доцільним є відкрите операційне втручання, при якому можна не тільки усунути перешкоду, але й провести санацію гнійних скупчень і виконати адекватне дренажування верхніх сечових шляхів з боку обструкції. Використання в комплексній терапії хворих на уросепсис методів екстракорпоральної детоксикації дозволяє адекватно усунути інтоксикаційний синдром.

Отримано 24.04.13