

О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ

Э. Н. Ситдыков, М. Э. Ситдыкова, А. Ю. Зубков

Кафедра урологии (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Лечение хронического пиелонефрита после цистэктомии является сложной и нерешенной проблемой. Ее трудность заключается в том, что, во-первых, независимо от способов отведения мочи у всех больных после цистэктомии развиваются уродинамические нарушения верхних мочевых путей, которые, являясь основным патогенетическим фактором вторичного хронического пиелонефрита, способствуют его возникновению и дальнейшему прогрессированию. Во-вторых, у большинства больных, подвергающихся операции удаления мочевого пузыря по поводу злокачественных новообразований, имеется вторичный хронический пиелонефрит. В-третьих, этиотропное лечение хронического пиелонефрита без восстановления нарушенной уродинамики мочевых путей оказывается малоэффективным и не предупреждает прогрессирования патологического процесса. Этим объясняется высокая летальность от хронической почечной недостаточности у больных, благополучно перенесших цистэктомию.

После уретерокутанеостомии и уретероколоанастомоза, несмотря на этиотропное лечение, хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность прогрессируют, являясь основными причинами летальных исходов у данной категории больных. Так, по этой причине из 31 больного после цистэктомии с уретерокутанеостомией в течение первых 6—8 мес с момента операции умер 21 больной, прожили лишь один год двое и 2 года — один. Остальным 7 больным с целью патогенетической терапии хронического пиелонефрита и предупреждения дальнейшего прогрессирования хронической почечной недостаточности через 3—4 мес после цистэктомии с уретерокутанеостомией произведена операция формирования внутрибрюшинно расположенного кишечного мочевого пузыря, способного к выведению мочи по уретре. У 6 больных он создан из изолированного сегмента подвздошной кишки и у 1 — из изолированного сегмента сигмовидной.

У больных с хроническим пиелонефритом, возникшим или прогрессирующим после цистэктомии с уретерокутанеостомией, отведение мочи в изолированный сегмент кишечника с восстановлением естественного мочеиспускания следует считать патогенетически обоснованным методом лечения этого заболевания, так как несмотря на наличие выраженного дооперационного уретерита и периуретерита происходит нормализация нарушенной уродинамики верхних мочевых путей в течение 1,5—3,5 мес со времени операции. Это предупреждает дальнейшее прогрессирование хронического пиелонефрита и способствует нормализации или улучшению почечной функции.

После замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом у больных с уретерокутанеостомией клиренс радиофармпрепарата достигает показателей, близких к норме ($54,8 \pm 1,5\%$, $P < 0,01$), кривые ренограммы характеризуются всеми тремя сегментами, что позволяет произвести их количественную оценку. После деривации мочи в изолированный функционирующий кишечный мочевой резервуар время максимального накопления изотопа ($T_{\text{макс}}$) составляет $5,3 \pm 0,6$ мин, время полувыведения ($T_{\frac{1}{2}}$) — $12,6 \pm 1,4$ мин. Содержание мочевины, креатинина крови не

превышает нормального уровня. Хронический пиелонефрит, имевший активную фазу воспаления у больных уретерокутанеостомией, после восстановления трансуретрального мочеиспускания переходит в фазу ремиссии или в фазу латентного течения.

Согласно данным литературы, и цистэктомия с уретероколоанастомозом нередко осложняется хронической почечной недостаточностью, развивающейся в связи с прогрессированием хронического пиелонефрита. Этиотропное лечение его после цистэктомии с отведением мочи в толстый кишечник на протяжении также оказывается малоэффективным, заболевание прогрессирует, и большинство больных погибают от хронической почечной недостаточности. Так, по этой причине из 14 больных, оперированных в клинике с 1965 по 1981 г., умерли через 2 нед — 10 мес со времени цистэктомии 10 человек; остались живыми 4, в том числе в течение 11 мес — один больной, 2 лет — двое и до 12 — один. У всех этих больных был

вторичный хронический пиелонефрит, осложненный хронической почечной недостаточностью, у 3 из них имелась интермиттирующая стадия и у одного больного — компенсированная. Двое больных в интермиттирующей стадии были подвергнуты операции по созданию внутрибрюшинного изолированного кишечного мочевого резервуара. Одному больному деривация мочи в изолированный сегмент кишечника выполнена через 11 мес после цистэктомии с уретроколоанастомозом, другому — через 12 лет. Функция почек и верхних мочевых путей значительно улучшилась уже через 2,5—3,5 мес после операции.

Целесообразность использования этого способа отведения мочи как патогенетического метода лечения хронического пиелонефрита у больных с новообразованиями мочевого пузыря подтверждают результаты одномоментной цистэктомии с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом. Так, в сроки до 6 лет из 148 оперированных умерли непосредственно от пиелонефрита и хронической почечной недостаточности 13 больных, в то время как из 45 подвергшихся цистэктомии с уретерокутанеостомией и уретроколоанастомозом по этой причине в течение первого года умер 31 больной. Быстрое прогрессирование хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности после отведения мочи в толстый кишечник на протяжении и уретерокутанеостомии связано с хроническим нарушением уродинамики верхних мочевых путей. Это свидетельствует о том, что успешное лечение хронического пиелонефрита неразрывно связано с профилактикой и лечением длительных уродинамических нарушений верхних мочевых путей.

Основным и наиболее важным условием успешного лечения хронического пиелонефрита и профилактики хронической почечной недостаточности после цистэктомии является отведение мочи в изолированный сегмент кишечника с восстановлением уретрального мочеиспускания, так как послеоперационные уродинамические нарушения верхних мочевых путей при этом методе деривации мочи непродолжительны. В связи с этим весьма эффективной оказывается и антибактериальная терапия хронического пиелонефрита у больных после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом, продолжительность которой определяется состоянием уродинамики верхних мочевых путей.

По данным уродинамических исследований, оптимальный срок непрерывной антибактериальной терапии составляет 3—4 мес, так как к этому времени у большинства больных восстанавливаются уродинамика верхних мочевых путей и функция почек. В последующие сроки, до одного года со времени операции, необходимы противорецидивные прерывистые курсы антибактериальной терапии, осуществляемые в соответствии с данными антибиотикограмм.

Мы рекомендуем следующую схему антибактериальной терапии: в послеоперационном периоде в течение 3—4 нед назначаются антибиотики широкого спектра действия (мономицин, ампициллин, гентамицин; сочетание стрептомицина с пенициллином, цеполин, канамицин); с восстановлением самостоятельного мочеиспускания больные переводятся на препараты нитрофуранового ряда (фурагин, фуразолидон, 5-НОК, невиврамон), прием которых чередуется непрерывно в течение 3—4 мес с момента операции. Затем рекомендуются 6—8 прерывистых курсов лечения по 10—12 дней с интервалами в 2—2,5 нед.

После замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом у 52,9% обследованных больных уже через 2 мес с момента операции исчезают клинико-лабораторные и рентгенологические признаки заболевания. О высокой эффективности операции замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника в лечении хронического пиелонефрита свидетельствуют и отдаленные результаты цистэктомии. Так, из 54 больных, обследованных в сроки от 1 года до 18 лет со времени операции, рецидив хронического пиелонефрита отмечен лишь у 24, причем преимущественно у больных с отдаленными осложнениями, нарушающими уродинамику верхних мочевых путей.

Наиболее частой причиной рецидива хронического пиелонефрита после операции замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника является мочекаменная болезнь, реже — пузырно-мочеточниковый рефлюкс, сужение мочеточниково-кишечного анастомоза, аденома предстательной железы. Значительное улучшение функции почек и верхних мочевых путей, а также снижение активности воспалительного процесса в почках наблюдались после терапии указанных осложнений и заболеваний. Так, оперативное устранение причин уродинамических нарушений (см. табл.) в сочетании с антибактериальной терапией позволяет у большинства больных достичь фазы ремиссии хронического пиелонефрита и предотвратить тем самым прогрессирование хронической почечной недостаточности.

Данные таблицы показывают, что наиболее часто оперативные вмешательства

Сроки и вид оперативного лечения отдаленных осложнений при заболеваниях мочеполовой системы

Время после заболевания, лет	Вид операций						
	цистолито- мия	уретеролито- томия	нефролито- мия	уретеропла- стика	аденомэкто- мия	уретеростомия	цистолито- трипсия
До 1 года (n=3)	—	—	—	—	—	1	2
От 1 до 3 (n=12)	7	1	—	1	1	1	1
От 4 до 10 (n=5)	2	1	—	—	1	—	1
Свыше 10 (n=1)	—	—	1	—	—	—	—
	9	2	1	1	2	2	4

Примечание: n — количество больных, перенесших операцию.

по поводу отдаленных осложнений, поддерживающих активную фазу хронического пиелонефрита, выполнялись в течение первых 3 лет. В более поздние сроки наблюдения число больных с отдаленными осложнениями значительно уменьшается, так как проводимое активное диспансерное наблюдение за больными после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом и периодическое стационарное обследование их два раза в год в течение 3 лет позволяют своевременно, еще до развития тяжелой почечной недостаточности, диагностировать отдаленные осложнения и определять их рациональную терапию, что значительно улучшает результаты лечения хронического пиелонефрита после цистэктомии.

Поступила 30 декабря 1983 г.

УДК 616.16—002.151—06:616.61—008.64—053.2

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Г. А. Маковецкая, Л. Н. Кострюкова, О. Н. Пономарева

Кафедра факультетской педиатрии (зав.— проф. Г. А. Маковецкая) Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова, детская городская больница № 8 (главврач — М. Н. Нечаева), детское отделение медико-санитарной части № 9 (главврач — Н. М. Корчак) г. Куйбышева

Поражение почек при геморрагическом васкулите, по данным клинико-морфологических исследований, наблюдается у 23,8—66,0% больных [1, 4, 6]. Развитие почечного синдрома при геморрагическом васкулите рассматривается как результат повреждения стенок микрососудов органа комплексами антиген-антитело и активированными компонентами системы комплемента. Гемокоагуляционные нарушения при этом заболевании имеют характер повышенного локального и диффузного свертывания крови [3—4]. Многие вопросы, связанные с лечением больных геморрагическим васкулитом с почечным синдромом, решаются неоднозначно. Наряду с применением кортикостероидов в составе патогенетической терапии [4], к ним высказывается и отрицательное отношение [5], мотивированное тем, что стероидная терапия оказывает благоприятное действие на кожно-суставной, абдоминальный синдромы и является неэффективной при почечном процессе, в том числе при развитии нефротического синдрома. Описано усиление гипертонии и гематурии под влиянием кортикостероидов. Подчеркивается, что поражение почек при геморрагическом васкулите поддается лечению хуже, чем нефриты на фоне других системных заболеваний [5].

Мы изучали клиническую семиотику поражения почек при геморрагическом васкулите у детей, исходы заболевания и особенности лечения пациентов с почеч-