

Садикова Дилфуза Ибрагимовна
к.м.н., доцент кафедры хирургии и урологии,
Андижанский Государственный Медицинский Институт
Андижан, Узбекистан

Рустамов Улугбек Мухтарович
к.м.н., доцент кафедры хирургии и урологии,
Андижанский Государственный Медицинский Институт
Андижан, Узбекистан

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ НЕОСЛОЖЁННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Аннотация. Успех лечения острого пиелонефрита во многом определяется взаимоотношением микроба и многообразными механизмами иммунологической защиты макроорганизма, в связи с чем важное значение в комплексном лечении отводится контролю иммунитета и различным вариантам иммунотерапии, иммунокоррекции и иммуномодуляции.

Ключевые слова: пиелонефрит, комплексная терапия, иммунотерапия, инфекция, осложнение

Sadikova Dilfuza Ibragimovna
Ph.D., Associate Professor, Department
of Surgery and Urology,
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

Rustamov Ulugbek Mukhtarovich
Ph.D., Associate Professor, Department
of Surgery and Urology,
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

COMPLEX THERAPY FOR ACUTE UNCOMPLICATED PYELONEPHRITIS

Annotation. The success of the treatment of acute pyelonephritis is largely determined by the relationship of the microbe and the diverse mechanisms immunological protection of the macroorganism, and therefore, in complex treatment, immunity control and various options for immunotherapy, immunocorrection and immunomodulation are of great importance.

Keywords: pyelonephritis, complex therapy, immunotherapy, infection, complications

Актуальность. Пиелонефрит — неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, при котором в процесс вовлекаются почечная лоханка, чашечки и паренхима почки с поражением в первую очередь и в основном межуточной ее ткани [1, 4, 5, 8, 10]. Острый пиелонефрит составляет 14% болезней почек, в большинстве случаев протекает как тяжелое инфекционное заболевание, представляющее угрозу для жизни больного [2, 3, 10, 11, 12]. Отмечается, что при высоком уровне заболеваемости пиелонефритом, поражается преимущественно работоспособный возраст (93,1% диагнозов у мужчин и 88,5% у женщин), причем 28,6% заболевших в возрасте до 29 лет, а более половины - до 39, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы [6, 7, 9, 11, 12].

Цель исследования – сравнительный анализ лечения острого неосложнённого пиелонефрита при традиционных и дополнительных методах лечения.

Материал и методы исследования: 114 больных с диагнозом острый неосложнённый пиелонефрит (ОНП), проходивших стационарное лечение в отделении урологии клиники АГМИ. Больные разбиты на 2 группы: 1- 54 пациента, у которых традиционные антибиотики широкого спектра действия не назначались из-за связанных с ними аллергических реакций, в качестве антибактериальной терапии использовались только фторхинолоны и тропные к мочевым путям препараты, но все больные с момента поступления

дополнительно получали иммуновит. Контрольную группу составили 60 пациентов, лечение которых проводилось традиционно с использованием антибиотиков широкого спектра, но без иммуновит.

Результаты исследований: Изучение результатов стационарного этапа лечения ОНП показало, что средняя длительность пребывания в стационаре в основной группе составила $11,61 \pm 0,39$ койко-дней, в контрольной $12,36 \pm 0,37$ койко-дней, а купирование основных клинических проявлений пиелонефрита происходило несколько лучше в основной группе. Так, нормализация температуры тела в группах наступала в одинаковые сроки, боли в области почки в основной группе в среднем прошли через $3,55 \pm 0,14$ дней, в контрольной - через $3,58 \pm 0,13$ дней, дизурия в основной группе исчезла через $3,92 \pm 0,14$ дней лечения, в контрольной - через $3,86 \pm 0,13$, нормализация общего состояния, уменьшение симптомов интоксикации в основной группе в среднем наступило через $3,68 \pm 0,16$ дня, в контрольной через $3,74 \pm 0,16$ дня.

Изучение динамики лабораторных показателей при лечении ОНП выявило, что существенной разницы в снижении лейкоцитоза крови в группах не было: средние значения его в основной группе при поступлении $11,28 \pm 0,61 \times 10^9/\text{л}$, при выписке $7,16 \pm 0,21$; в контрольной соответственно $10,84 \pm 0,5$ и $17,47 \pm 0,21$. Лимфоциты крови, как отражение уровня иммунитета, восстанавливались лучше при приеме Иммуновита, чем при лечении антибиотиками: к выписке уровень их составил $30,49 \pm 1,29\%$ в основной и $29,28 \pm 1,30\%$ в контрольной группах. Снижение величины СОЭ было одинаковым в группах, в среднем на 6 мм/час за стационарный период лечения. Установлено, что бактериурия в основной группе у 31 (57,4%) пациента при поступлении была 10^6 КОЭ и более, у 13 (24%) 10^5 КОЭ и у 10 (18,5%) 10^4 КОЭ; к выписке у 4 (7,4%) больных бактериурия констатирована на уровне 10^5 КОЭ, у 50 (92,5%) менее 10^4 КОЭ. В контрольной группе у 33 (55%) больных при поступлении бактериурия была 10^6 КОЭ и более, у 15 (25%) 10^5 КОЭ и у 12 (20%) 10^4 КОЭ; к выписке выявлена у 4 (6,7%) на уровне 10^5 КОЭ, у 56 (93,3%) менее 10^4 КОЭ. Разницы между группами в

достижении ремиссии по бактериурии не отмечено.

Лейкоцитурия при поступлении установлена в основной группе в среднем на уровне 63,42, в контрольной 75,12 тыс. в 1 мл, на 7-ой день лечения соответственно 9,24 и 10,77 и при выписке 2,1 и 2,3 тыс. в 1 мл. У большинства больных обеих групп (48 - 88,9% основной и 55 — 91,7% контрольной) перед выпиской лейкоцитурия отсутствовала как в общем анализе мочи, так и при количественной оценке лейкоцитурии. Но в 6 (11,1%) наблюдениях основной группы и 5 (8,3%) контрольной к выписке сохранялась до 5 тысяч в 1 мл, при этом в общем анализе мочи только у 1 больного контрольной группы имелись лейкоциты до 10-12 в п/зр., у остальных они составляли 5-8 в п/зр. Данные результаты говорят о том, что разницы между группами в купировании воспалительного процесса в почках нет. Если при поступлении наличие патологических форм активных лейкоцитов было практически одинаковым в основной и контрольной группе (22,2% и 23,3%), то через 3 дня от начала лечения в основной группе они стали выявляться почти в 4 раза реже, а в контрольной только в 2. Однако, к 7 дню стационарного лечения эта разница нивелировалась и патологические формы не выявлялись в обеих группах.

Вывод: Выбор оптимального лечения и реабилитации больных острым необструктивным пиелонефритом позволяет улучшить результаты лечения, сократить сроки пребывания в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю., Эль-Мазбук А.М. Перспективы применения Левофлоксацина при различных видах инфекции мочевыводящих путей. *Врачебное сословие*. - 2015. - № 4-5. - С. 18-19.
2. Золотарев И.И. О патогенезе первичного острого гнойного пиелонефрита. // Тез. докл. ко 2 обл. конф. урологов. Вып. 2. - Челябинск, 2014.-С. 35-36.
3. Иванов А.П., Мазин В.В. Изменения гемодинамики и некоторые

- методы ее коррекции при остром пиелонефрите. // Пленум правления Всерос.об-ва урологов: Материалы. - Екатеринбург, 2016. - С.41.
4. Локшин К.Л., Григорьев Н.А., Султанова Е.А. Острый и ксантогранулематозный пиелонефрит. - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2017. - 24 с.
 5. Маркизов В.Ф. Определение лечебной тактики при остром пиелонефрите с помощью тонкоигольной аспирационной биопсии почки. // Тез. докл. IV конф. урологов и нефрологов Белоруссии. - Минск, 2014. - С. 69-70.
 6. Foxman B., Gillespie B., Koopman J., et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. // Am. J. Epidemiol. - 2020. - Vol. 151. - P. 1194-1205.
 7. Gloor F. Pathologische anatomie der pyelonephritis. - In H.Losse u. M.Kienitz. Die Pyelonephritis. Stuttgart: G.Thieme, 2018, S. 56-59.
 8. Hachen H.J. Oral immunotherapy in paraplegic patients with chronic urinary tract infections: a doubleblind, placebo-controlled trial. // J. Urol., 2012; 143: 759-763.
 9. Heinrichs H.J. Parenchymverlust von Einzelnieren. Z. Urol., 2018, 67, 6, 415-421.
 10. Hooton T.M. Urinary tract infections. In: Baddour L.M., Gorbach S.L., eds. Therapy of infections diseases. Philadelphia: Saunders; 2018. 449-467.
 11. Hutschenreiter G., Weitzel D. Sonographic: eine wertvolle ergänzung der urologischen Diagnostic // Aktuel. Urol. - 2019. - V. Bd. 10, № 2. - С. 95-102.
 12. Kahlmeter G. An International survey of the antimicrobial susceptibility of pathogens from uncomplicated urinary tract infections: the ECOSENS project. J. Antimicrob. Chemother. 2020; 51: 69-76.