

CAPITOLUL I

INFECȚIILE TRACTULUI UROGENITAL

MANAGEMENTUL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FORMELOR GRAVE DE PIELONEFRITĂ ACUTĂ

M.Popov, I.Dumbrăveanu, R. Țurcan, V. Gorbatovschi, I.Milici, C.Ureche, V.Scutaru, V.Ghicavii, A.Tănase

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «N.Testemițanu»
Clinica de Urologie, Dializă și Transplant Renal, SCR*

Summary

In a group of 212 patients we analyzed the causes of the increasing incidence of purulent acute pielonephritis in the last 3 years. We discovered that the incidence increased as a result of a dilated addressing to the specialist and the treatment before the appreciation of the final diagnosis was ineffective. A new schedule of antibacterial treatment was implemented for the attention of urological service in R. Moldova.

Actualitatea

Pielonefrita acută (PNA) bacteriană reprezintă sindromul clinic al infecției căilor urinare superioare și al parenchimului renal. Conform datelor din literatură apare la orice vîrstă, cu o frecvență mai mare între 20–50 ani și mai ales la sexul feminin. PNA constituie 14% dintre toate maladiile urologice, dintre care la 33% din pacienți se dezvoltă formele grave, purulent–destructive (1,2).

În ultimii ani se observă o tendință netă spre creșterea incidenței formelor grave a PNA (pionefrita, carbuncul, abces renal, pionefroză). Prin urmare, PNA impune un șir de probleme de ordin tactic ce necesită rezolvare în urgență.

Scopul studiului

Analiza rezultatelor obținute în tratamentul pacienților cu PNA, stabilirea cauzelor creșterii incidenței formelor purulente, precum și elaborarea unui algoritm de diagnostic și tratament la pacienții în cauză.

Material si metode

Studiul nostru cuprinde un lot de 212 bolnavi cu PNA purulentă internați și tratați în Clinica de Urologie a Universității de Medicină și Farmacie «N.Testemițanu» în ultimii 3 ani. Repartiția pe sexe a pacienților arată o predominare a sexului feminin: 121 femei și 91 bărbați. Limitele de vîrstă a pacienților au fost cuprinse de la 15 la 79 ani. Vîrsta medie a constituit 38,7 ani (Tabelul 1).

Tabelul 1

R repartiția pacienților cu PNA pe sexe și vîrstă (n-212)

Vîrsta/ Sex	< 20 ani	20 – 30 ani	31 – 40 ani	41-50 ani	> 50 ani	Total
Femei	15	35	28	23	20	121
Bărbați	10	16	19	17	29	91
În total:	25	51	47	40	49	212

Cu toate ca PNA reprezintă o urgență urologică majoră, nu toți pacienții au fost internați în primele ore de la debutul bolii (Tabelul 2)

Tabelul 2

Repartiția pacienților cu PNA conform timpului de la debut pînă la internare (n-212)

Timp debut-internare	Sub 24 ore	24-72 ore	72-144 ore	Peste 144 ore
Nr. pacienți	24	70	51	67

Astfel, în primele 24 ore de la debutul bolii au fost spitalizați doar 11% din pacienți, pentru ca la un interval care depășește 72 ore să fie spitalizați - 56 %.

Dintre cauzele adresării tardive a pacienților am selectat următoarele:

- Autotratament – 17%
- Tratament antibacterian instituit de către medicul de familie sau alt lucrator medical - 38%
- Tratament în alt stationar – 20%
- Adresare tardivă primară – 25%

Pentru concretizarea diagnosticului și determinarea conduitei terapeutice ulterioare pacienții au fost supuși următoarelor investigații:

- Hemograma + urograma
- USG
- Renografia cu I¹³¹
- Urocultura

Pentru concretizarea cauzei și a formei pielonefritei, precum și a diagnosticului diferențiat dintre pielonefrita acută primară și cea secundară, am apelat și la urografie i/v în 140 cazuri, tomografie computerizată - 49, și rezonanță magneto-nucleară - 13 cazuri.

Am efectuat urocultura la 145 pacienți. Din 145 uroculturi, 123 au fost pozitive (84%). Spectrul microbian depistat este prezentat în tabelul 3

Tabelul 3

Microorganisme depistate în urocultura pacienților cu PN (n – 123)

Microorganism	Nr. cazuri	%
Escherichia coli	52	42
Pseudomonas aeruginosa	17	14
Enterococcus fecalis	14	11
Proteus mirabilis	11	9
Alte microorganisme: Streptococcus viridans, Klebsiella pneumoniae, Moraxella morgani, Proteus vulgaris, Providencia rettgeri, Acinetobacter, Citrobacter, Staphilococcus aureus	29	24
Total	123	100

Tratamentul pacienților cu PNA primară a inclus: terapie antibacteriană masivă, tratament perfuzabil, etc. În cazul pacienților cu PNA secundară a fost aplicat tratament intervențional: caterizarea ureterului, instalarea drenajului ureteral autostatic, tratament chirurgical.

Rezultate:

În urma investigațiilor efectuate am stabilit diagnosticul de PNA primară la 120 pacienți, iar la 92 pacienți PNA secundară.

Repartiția pacienților conform formelor nozologice de PNA a fost următoarea:

- Pielonefrită - 73 pacienți (34%)
- Carbuncul renal - 75 pacienți (35%)
- Abces renal - 54 pacienți (25%)
- Pielonefroză - 10 pacienți. (5%)

În 38 cazuri (27%) patologia de bază a fost complicată cu paranefrita (flegmon perirenal)

Examinarea microbiologică a eliminărilor purulente din plagă a fost efectuată la 26 pacienți, prelevări pozitive s-au depistat în 24 cazuri (92,3%). Incidența agenților patogeni depistați este următoarea: *St. aureus* – 20,9%, *Acinetobacter* – 11,4 %, *Ps. aeruginosa* – 9,5%, *E. fecalis* și *E.coli* și *St.epidermidis* – 7,3%, *Pr. mirabilis* – 5,5%. *Corynebacterium*, *Bacillus*, *S. saprophyticus*, *Str. piogenes*, *Ent. aerogenes*, *M. morgani*, *K. pneumoniae* s-au decelat în 1,9-3,6% din cazuri.

La 116 pacienți tratamentul inițial de bază pînă la examinarea rezultatelor antibiogrammei a inclus următoarea schemă de tratament antibacterian: Cefalosporine 1,0 x 3 ori i/m + Sol.Cipri-noli 200 mg i/v + Metrogyl 500 mg i/v. După analiza rezultatelor uroculturii am efectuat corec-
 ția tratamentului antibacterian.

Tratamentul respectiv a fost eficient în 70 cazuri (60%), sau 33% din numărul total de pacienți internați.

În 46 cazuri (40%) tratamentul antibacterian nu a fost efectiv, și s-a recurs la intervenție chi-rurgicală.

În 96 cazuri (45%) s-a recurs la tratament chirurgical ca prima intenție. Am practicat conduita respectivă la pacienții cu pînefroză, abces renal, carbuncul asociat cu paranefrită.

Tratamentul chirurgical a constat în următoarele intervenții: Excizia și drenarea carbuncului, abcesului renal – 117 pacienți (82%), inclusiv în 58 cazuri (49%) cu efectuarea nefrostomie. Ne-frectomie – 25 cazuri (18%).

În 4 cazuri pacienții cu abces renal au fost rezolvați conservativ după schema aratăată mai sus.

Tabelul 4

Repatizarea pacienților conform conduitei terapeutice aplicate și timpul de la debutul bolii

Timp de la debutul bolii	Nefrectomie	Drenarea carbun-cului, abcesului renal	Nefrostomie	Tratament conservator
Sub 72 ore	2	16	15	61
Peste 72 ore	13	101	43	9
Total:	25	117	58	70

Șoc septic diagnosticat preoperator a fost prezent la 2 pacienți, fapt care a necesitat temporiza-rea intervenției. În ambele cazuri perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Postoperator am utilizat tratament antibacterian, care a inclus: Sol.Ciprinol 200 mg X 2 ori i/v + Cefalosporine i/m și Sol Metrogyl 500 mg x 2 ori primele 3 - 5 zile, apoi Cefalosporine i/m și tratament per oral cu Fluorchinolone pînă la 10 zile.

Complicații postoperatorii:

- Șoc septic – 5 cazuri
- Acutizarea IRC – 2.
- Decese – 3, care au survenit la pacienții cu șoc septic.

Discuții

Analizînd datele obținute am depistat o serie de corelații evidente, cu implicații asu-pra conduitei terapeutice. În lotul de pacienți cu o adresare precoce la specialist de pînă la 72 – 96 de ore, numărul complicațiilor purulente sub formă de carbuncul și abces renal a fost mai mic decît la pacienții cu o adresare tardivă, cea ce coincide cu datele literaturii (1,2). Tratamentul neadecvat în primele zile de la debutul bolii a provocat tre-cerea în forme purulente grave la 67% pacienți, cea ce a impus rezolvarea procesului prin lombotomie deschisă cu drenarea abcesului, carbuncului renal cu sau fără drenarea bazinetului prin nefrostomie. În literatură sunt descrise mai multe scheme de tratament empiric al PNA (3,4), experiența noastră bazată pe utilizarea următoarei scheme: Cypri-nol i/v, Metrogil i/v, Cefazolin, Zinacef i/m cu corecție conform antibiogrammei a demon-strat efect pozitiv în 33 % cazuri (70 pacienți)

Pielonefrita acută, dacă nu e tratată corespunzător, poate distruge pînă la 30% din nu-mărul nefronilor și trece în formă cronică cu destrucție treptată a parenchimului renal.

În conformitate cu datele din literatură, în caz de PNA purulentă se recomandă obligator nefrostomia (2). Experiența noastră a dovedit că în cazurile cînd pasajul urinei este restabilit plasarea nefrostomei nu este obligatorie.

Concluzii

1. Stabilirea diagnosticului definitiv de către medicii de familie și adresarea tardivă la medicul specialist cauzează apariția formelor grave de PNA.
2. Infecția predominantă ce persistă în PNA este E.Coli.
3. Abcesul și carbunculul renai asociat de paranefrită mai frecvent este provocat de flora Gram pozitivă.
4. Tratamentul antibacterian adecvat îmbinat - antibiotice și chimioterapice cu acțiuni sinergiste administrat din primele zile a PNA, din experiența noastră (Ciprinol, Metrogil, Cefazolin) permite ameliorarea evidentă a pacientului.
5. În cazul absenței efectului de la tratamentul conservator, intervenția chirurgicală este obligatorie cu sau fără plasarea nefrostomei.

Bibliografie.

1. Sinescu I., Urologie clinica. Bucuresti, 1998.
2. Лопаткин Н.А., Руководство по урологии. Москва 1998
3. Страчунский Л.С. и соавт. Антибактериальная терапия. Москва 2000.
4. Gluhovschi Gh., Infecția tractului urinar în practica medicală. Timișoara, 1992.
5. Агаджанян И.Г., Грабский А.М. Инфекция мочевого тракта: факторы риска, принципы лечения. Современные принципы рациональной антимикробной терапии. Ереван, Ноябрь. 2000.
6. Romosan I. Rinichiul: Ghid diagnostic și terapeutic. Editura medicală. 1999.

EVALUAREA EFICACITĂȚII ȘI TOLERANȚEI PREPARATULUI ABACTAL (FIRMA LEK PHARMACEUTICALS DD) ÎN TRATAMENTUL INFECȚIILOR TRACTULUI URINAR

I.Dumbraveanu, A.Tanase, C.Lupașco, M.Popov, Gr. Romanciuc, V.Punga
Clinica Urologie, Hemodializă și Transplant renal SCR

Summary

UTI is one major problem in the medicine. In treatment of UTI multiple therapeutic schemes are folowed. 32 patients with acute and cronic UTI were treated using antibacterial monoterapy with Abactal (LEK Pharmaceuticals dd). Positive rezults were found in 28 patinets. While no change from the prescristing condition was found in 4 (12%). Tolerance was found to be good in 84% patients. Adverse effect were found in 16% patients. This antibacterial preparation has opened a new perspective in the treatment of patients with urinary tract infection.

Actualitatea

Infecțiile tractului urinar (ITU) rezezintă una din problemele importante ale practicii medicale. Prin incidență crescută (ocupă locul 2 în structura maladiilor infecțios-inflamatorii, după infecțiile respiratorii), generează implicații medicale și financiare importante, inclusiv pentru tratamentul lor (1,2). Tratamentul ITU este un tratament complex cu utilizarea unei game largi de substanțe terapeutice. Placa turnantă printre acestea îl deține medicația antibacteriană și chimioterapeutică. Spectrul preparatelor antimicrobiene este la ora actuală foarte larg, și adeseori medicul este pus în situația de a alege, în special la necesitatea instituirii unui tratament empiric, până la consultarea rezultatelor uroculturii.

Scopul studiului

În baza experienței proprii, de a aprecia eficacitatea și toleranța preparatului Abactal în tratamentul infecțiilor urinare.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în Clinica Urologie, Hemodializă și Transplant Renal a SCR în perioada aprilie-septembrie 2002. S-a administrat preparatul Abactal la 20 pacienți internați în clinică și la 12 pacienți ambulatori. Criteriile de selecție a pacienților au fost următoarele:

- Pacienți cu ITU în vârstă de peste 15 ani;
- Infecție urinară primară sau recidivantă, primară sau secundară;
- Pacienți cu insuficiență renală cronică sau după transplant renal.

Criteriile de excludere:

- Pacienți cu vârsta sub 15 ani;
- Paciente gravide sau parturiente;