

А. А. Полянцеv, Д. Н. Сидоров, И. В. Деревянко, А. А. Кузнецов

Кафедра общей хирургии с курсом урологии ВолГМУ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

УДК 616.61.002.3

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения острого пиелонефрита (ОП), последние десятилетия характеризуются увеличением числа пациентов с данной патологией и учащением случаев острого деструктивного пиелонефрита, требующего срочного оперативного лечения. Данный факт требует поиска нового метода диагностики деструктивных форм ОП на ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, острый деструктивный пиелонефрит.

A. A. Poliantsev, D. N. Sidorov, I. V. Derevianko, A. A. Kouznetsov

RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PYELONEPHRITIS (RETROSPECTIVE RESEARCH)

Notwithstanding the improvement of methods in diagnostics and treatment of acute pyelonephritis the last years are characterized by an increase in the number of patients suffering from this condition and increase in the destructive cases of the disease demanding emergency surgery. This demands a search for new methods of diagnostics of destructive forms during early stages of acute pyelonephritis.

Key words: acute pyelonephritis, acute destructive pyelonephritis.

Последние десятилетия характеризуются увеличением числа пациентов, страдающих осложненными формами острого пиелонефрита (ОП) (Аляев Ю. Г., 2007). ОП по своей частоте среди всех заболеваний почек составляет 14—22 %. Частота регистрации деструктивных форм при ОП, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 36 % (Тиктинский О. Л., 1996; Шахов Е. В., 1998; Hooton T. M., 2003). В настоящее время частота осложнения ОП деструктивным процессом в почечной паренхиме достоверно неизвестна, однако, по мнению многих исследователей (Голод Е. А., 2003; Nicole L. E., 2001), она определенно превышает ранее опубликованные сведения. Это подтверждается не только данными ультразвукового исследования, но и данными, полученными интраоперационно (Малащицкий Д. А., 2006).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка результатов диагностики и лечения ОП по материалам клиники.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено сплошное ретроспективное хронологическое сравнительное исследование за период 1997—2006 гг.

Анализировались клинические наблюдения больных, лечившихся в урологическом отделении клиники за период с 1997 по 2006 гг. с диагнозом ОП. Изучены 2873 истории болезни (форма 003-у), в том числе протоколы УЗИ, резуль-

таты лабораторного обследования, радиоизотопной ренографии, экскреторной урографии, протоколы операций и патолого-анатомических вскрытий.

Изучение и сопоставление данных историй болезни проводилось с использованием методов вариационной статистики. В хронологическом аспекте изучались и сравнивались следующие параметры: 1. Пол и возраст пациентов. 2. Хирургическая активность при ОП. 3. Сроки пребывания больных ОП в стационаре в до- и послеоперационном периоде, суммарная продолжительность стационарного лечения. 4. Характер деструктивного поражения паренхимы почек. 5. Объем оперативного вмешательства у больных. 6. Частота и характер послеоперационных осложнений. 7. Послеоперационная летальность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе работы установлено, что за последние годы на фоне увеличения частоты случаев ОП ($p < 0,05$) отмечено нарастание числа оперативных вмешательств по поводу деструктивных форм этого заболевания на поздних сроках госпитализации, отсутствие тенденции к уменьшению послеоперационной летальности при ОП (рис., табл. 1).

Как следует из рис., увеличение регистрации случаев ОП возникает за счет учащения обращений лиц женского пола с ОП за стационарной помощью.

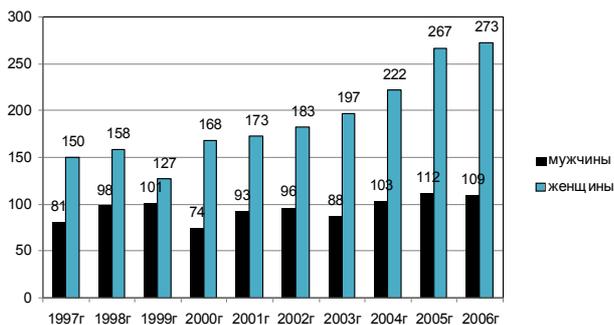


Рис. Динамика регистрации случаев стационарного лечения ОП в зависимости от пола пациента по материалам клиники за 1997—2006 гг.

ТАБЛИЦА 1

Результаты хронологического анализа основных параметров стационарного лечения ОП по материалам клиники за 1997—2006 гг.

Годы	Кол-во случаев ОП	Средний возраст пациентов с ОП	Хирургическая активность при ОП, (%)	Средний койко-день до операции	Средний койко-день после операции	Летальность при ОП, (%)
1997	231	36	81 (35)	2,4	12,3	7 (2,6)
1998	256	37	88 (34)	2,3	12,3	6 (2,3)
1999	228	35	101 (44)	3,1	12,5	9 (3,9)
2000	242	34	92 (38)	3,2	12,4	5 (2,1)
2001	266	32	120 (45)	3,6	13,1	6 (2,3)
2002	279	33	125 (45)	3,8	13,6	3 (1,1)
2003	285	27	167 (49)	3,7	13,3	7 (2,5)
2004	325	27	169 (52)	4,2	14,3	6 (1,9)
2005	379	25	193 (51)	3,1	14,2	9 (2,4)
2006	382	24	207 (54)	4,6	14,8	9 (2,4)

При оценке повозрастного распространения ОП на основании данных, представленных в табл. 1, обращает на себя внимание «омоложение» данной патологии; наиболее высока вероятность выявления деструктивного процесса в почечной паренхиме у женщин фертильного возраста, имевших вторичный обструктивный ОП. Повидимому, нарастание хирургической активности при ОП и удлинение до- и послеоперационного нахождения пациента в стационаре являются результатом увеличения доли больных с осложненными формами ОП. Наш опыт показывает, что больные с деструктивным ОП нуждаются в углубленном обследовании, которое возможно только в условиях специализированного урологического стационара.

Анализ патоморфологической структуры ОП за 1997—2006 гг. указывает на сохранение и нарастание удельного веса деструктивных форм в структуре ОП (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что чаще всего в наших наблюдениях встречалась апостематозная форма деструктивного пиелонефрита, реже мы сталкивались с абсцессом и карбункулом почки.

Также высок процент регистрации осложненного острого серозного пиелонефрита в виде перехода его в апостематоз, абсцесс и карбункул почки, развития острой почечной недостаточности,

паранефрита, уросепсиса, что резко ухудшает прогноз заболевания (табл. 3).

ТАБЛИЦА 2

Хронологический анализ патоморфологической структуры ОП за 1997—2006 гг. по материалам клиники, (%)

Общее количество случаев ОП, n = 2803 (100)							
Первичный ОП, n = 1691 (60,3)				Вторичный ОП, n = 1112 (39,7)			
Серозная форма ОП	Апостематозная форма ОП	Абсцесс почки	Карбункул почки	Серозная форма ОП	Апостематозная форма ОП	Абсцесс почки	Карбункул почки
n = 1019 (36,3)	n = 391 (13,9)	n = 129 (4,6)	n = 152 (5,4)	n = 432 (15,4)	n = 303 (10,9)	n = 114 (4,1)	n = 263 (9,4)

ТАБЛИЦА 3

Распределение наблюдений ОП по характеру осложнений, (%)

Неосложненные формы ОП	Осложненное течение ОП (характер осложнений)					
	Апостематоз	Карбункул почки	Абсцесс почки	Острая почечная недостаточность	Паранефрит	Уросепсис
1451 (51,8)	694 (24,8)	415 (14,8)	243 (8,7)	21 (0,7)	181 (6,4)	52 (1,9)

Хронологический анализ форм деструкции и осложнений при ОП по годам показал, что за исследуемый период они не претерпели существенных изменений.

Хронологический анализ результатов хирургического лечения острого деструктивного пиелонефрита за 1997—2006 гг. позволяет говорить об учащении случаев деструкции почечной паренхимы при вторичных пиелонефритах, что, по нашему мнению, обусловлено либо поздним обращением пациентов, либо неадекватностью и недостаточностью диагностических мероприятий (табл. 4).

ТАБЛИЦА 4

Характер оперативных вмешательств при ОП, (%)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всего
Пиелостомия, декапсуляция почки	19 (23)	16 (18)	20 (20)	19 (21)	24 (20)	27 (22)	35 (21)	43 (26)	36 (19)	27 (13)	266
Уретеролитотомия	31 (38)	29 (33)	26 (26)	25 (27)	27 (23)	31 (25)	42 (25)	39 (24)	31 (16)	29 (14)	310
Пиелолитотомия	15 (19)	21 (24)	29 (28)	19 (21)	30 (25)	29 (23)	39 (24)	31 (18)	37 (19)	43 (20)	293
Уретеролитотомия, пиелолитотомия с декапсуляцией почки и пиелостомией	15 (19)	21 (24)	24 (24)	28 (30)	38 (31)	37 (29)	45 (27)	44 (26)	69 (35)	75 (37)	396
Кольцевая пиелонефростомия, декапсуляция почки	0	0	0	0	0	0	4 (2)	7 (4)	13 (7)	22 (11)	46
Нефрэктомия	1 (1)	1 (1)	2 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	2 (1)	5 (2)	7 (4)	11 (5)	32
Всего	81	88	101	92	120	125	167	169	193	207	1343

Как следует из табл. 4, чаще всего проводилась уретеро- или пиелолитотомия с декапсуляци-

ей почки и пиелостомией, немного реже — уретеро- и пиелолитотомия, также высока частота выполнения пиелостомии с декапсуляцией почки. Данный факт свидетельствует о подавляющем удельном весе деструктивного пиелонефрита, обусловленного мочекаменной болезнью. Несмотря на очевидный прогресс в диагностике деструктивного пиелонефрита, из табл. 4 становится ясно, что нередко запущенные случаи ОП, когда операциями выбора становятся либо кольцевая нефропиелостомия, либо нефрэктомия.

В рамках исследования проведен анализ послеоперационных осложнений, возникших в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу ОП (табл. 5).

ТАБЛИЦА 5

Характер послеоперационных осложнений у больных ОП, (%)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всего
Нагноение послеоперационной раны	2 (10)	2 (10)	1 (9)	2 (11)	2 (17)	3 (40)	2 (22)	1 (33)	3 (44)	3 (50)	21
Лигатурный свищ	3 (16)	2 (10)	3 (27)	2 (11)	2 (17)	1 (12)	1 (11)	0	1 (14)	1 (16)	16
Мочевой свищ	1 (5)	1 (6)	0	1 (6)	2 (17)	1 (12)	0	0	0	1 (16)	7
Острая почечная недостаточность	3 (16)	3 (17)	1 (9)	2 (11)	1 (8)	0	0	1 (33)	0	0	11
Уросепсис	4 (22)	3 (17)	3 (27)	4 (22)	2 (17)	1 (12)	2 (22)	0	1 (14)	0	20
Стриктура мочеточника	1 (5)	1 (6)	0	2 (11)	1 (8)	0	0	0	0	1 (16)	6
Послеоперационная люмбальная грыжа	3 (16)	3 (17)	2 (18)	3 (17)	2 (17)	1 (12)	1 (11)	0	1 (14)	0	16
Острый инфаркт миокарда	2 (10)	1 (6)	0	0	0	1 (12)	0	0	1 (14)	0	5
Тромбоз эмболия легочной артерии	0	2 (10)	1 (9)	2 (11)	0	0	3 (34)	1 (33)	0	0	9
Всего	19	18	11	18	12	8	9	3	7	6	111

Из табл. 5 видно, что отмечается абсолютное и относительное уменьшение частоты послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных по поводу ОП. По-видимому, это связано с появлением современных антибактериальных препаратов, широким внедрением в хирургическую практику монофиламентного шовного материала, обязательным использованием антикоагулянтов в до- и послеоперационном периоде и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные данные свидетельствуют о значительном распространении острого пиелонефрита, об увеличении числа его деструктивных форм и операций по поводу данной патологии на поздних сроках госпитализации, об отсутствии тенденции к снижению послеоперационной летальности. Таким образом, существующие методы диагностики и лечения ОП не являются достаточно эффективными. Необходим детальный и целенаправленный поиск новых и современных методов диагностики, лечения и профилактики ОП, которые позволят улучшить результаты коррекции этой тяжелой и распространенной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова В. Е., Мартов А. Г. и др. // Урология. — 2007. — № 4. — С. 94—99.
2. Данилков А. П., Иващенко И. В. и др. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов. — М., 2007. — С. 44—46.
3. Малащицкий Д. А., Довгер В. К. // Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ГКБСМП. Стратегия развития экстренной медицинской помощи. — Минск, 2003. — С. 387—389.
4. Хулун Г. Я., Доста Н. И. и др. // Медицинские новости. — 2005. — № 9. — С. 99—101.
5. Donald N. Cook, David S. Pisetsky // Nature immunology. — 2004. — Vol. 5, № 10. — P. 975—979.