

УДК 616.61-002.3-089.87

ПРИЧИНЫ НЕФРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.Н. Кирилов, Г.С. Чернецова

Проведена работа по выявлению анамнеза, клинического течения заболевания и сроков оперативного вмешательства у больных, которым была произведена нефрэктомия на фоне гнойного пиелонефрита. Определены основные факторы риска и причины нефрэктомий у больных с гнойным пиелонефритом.

Ключевые слова: нефрэктомия; гнойный пиелонефрит.

REASONS FOR NEPHRECTOMY IN PATIENS WITH ACUTE PURULENT PYELONEPHRITIS

A.N. Kirilov, G.S. Chernetsova

The work on the identification of medical history, clinical course and timing of surgery in patients who underwent nephrectomy on the background of purulent pyelonephritis is carried out. The main risk factors and causes of nephrectomy in patients with purulent pyelonephritis are identified.

Keywords: nephrectomy; purulent pyelonephritis.

Гнойный пиелонефрит является тяжелым заболеванием, несвоевременная диагностика которого ведет к развитию септических состояний. Несмотря на наличие современного диагностического оборудования, широкого спектра антибактериальных препаратов и оперативных возможностей, количество пациентов с гнойным пиелонефритом высоко [1–3]. В настоящее время острый пиелонефрит составляет 14 % от всех заболеваний почек, из них в гнойные формы заболевание переходит у 36 % больных этой группы [2]. На данный момент проблема нефрэктомии в современной урологии имеет большое медико-социальное значение.

Острый гнойный пиелонефрит является одним из тяжелых и опасных осложнений инфекции мочевыводящих путей, опасность которого состоит в том, что страдает почечная паренхима и теряется ее функция. Однако наибольшая опасность состоит в том, что при длительном течении заболевания это может привести к нефрэктомии – потере жизненно важного органа [4]. Поскольку оставшаяся единственная почка подвержена двойной нагрузке, и ее функция осуществляется на пределе возможностей. У таких больных существует риск инфекции единственной почки [5]. Гнойный процесс в почке является второй причиной нефрэктомии после онкологических заболеваний, доходя до 25 % случаев [6].

Целью исследования является анализ причин нефрэктомии у больных с гнойным пиелонефритом.

Проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни больных с гнойным пиелонефритом за 2008–2015 гг. причем у 42 больных оперативное вмешательство закончилось нефрэктомией, что составило 36,5 %. Возраст больных составил: до 20 лет – 3 пациента, 20–40 лет – 7 пациентов, 40–60 – 21 пациент, старше 60 лет – 12 пациентов. Женщин было 28, мужчин – 14. Из 42 оперированных у 7 больных (17 %) диагностированы карбункулы почки, у 6 (14 %) – абсцессы почки, у 29 (69 %) – пионефроз. У 10 (24 %) больных гнойный процесс сопровождался панцирным паранефритом, у 7 больных (17 %) заболевание осложнилось уросепсисом (таблица 1).

Таблица 1 – Формы острого гнойного пиелонефрита

Карбункул почки	Абсцесс почки	Пионефроз	Панцирный паранефрит
7 (17 %)	6 (14 %)	29 (69 %)	10 (24 %)

Нефрэктомия справа выполнена у 24 (57 %) больных, слева – у 18 (43 %). Развитию гнойного процесса в почке способствовала основная патология, причиной которой наиболее часто являлась мочекаменная болезнь – у 28 (67 %) больных. У 11 (26 %) больных отмечен сахарный диабет. Аномалии были выявлены у 3 (7 %) пациентов. У 12 (28,5 %) больных гнойный процесс сопровождался нарушением оттока мочи из почки, диагностирован гидронефроз 2–3 ст. При изучении анамнеза 17

(40 %) больных выяснилось: из них ранее оперированы 15 (36 %) человек по поводу мочекаменной болезни, 7 (17 %) больным из них были установлены нефростомы или пиелостомы, 2 (5 %) больных оперированы по поводу нагноившихся кист почек. Давность операций у 12 (28,5 %) пациентов составила от 2 недель до 3 месяцев. У 5 (12 %) пациентов оперативные вмешательства были проведены в сроке от 1 года до 2 лет. Также в анамнезе последнее ухудшение состояния отмечалось у 25 (59,5 %) пациентов в течение 1 недели, у 7 (17 %) – в течение 2 недель, 10 (24 %) больных ухудшение состояния отмечали в сроке более 3 недель. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на боли в поясничной области разной интенсивности. 30 (71 %) пациентов отмечали повышение температуры тела свыше 39 градусов, 12 (28,5 %) пациентов отмечали субфебрильную температуру в течение длительного времени.

В лабораторных анализах у 7 (17 %) пациентов отмечалась анемия 1 ст., у 35 (83 %) показатели красной крови были в пределах нормы, у 28 (67 %) пациентов отмечался лейкоцитоз, у 15 (36 %) – со сдвигом лейкоформулы влево. 12 (28,5 %) пациентам в стационаре была произведена экскреторная урограмма, где в 6 случаях отмечалось значительное снижение функции почки, в 6 случаях функция полностью отсутствовала. При анализе сроков проведения операции от момента поступления в стационар в первые сутки прооперировано 9 (21 %) пациентов, остальные пациенты получали консервативную терапию, но ввиду ее неэффективности были прооперированы в сроке от 2 до 4 суток – 25 (59,5 %) пациентов, свыше 4 суток прооперировано 10 (24 %) пациентов.

При анализе бактериологического посева мочи у 7 (17 %) пациентов обнаружен *staphylococcus aureus*, чувствительный к амикацину, цефбаку, у 9 (21 %) пациентов обнаружены *streptococcus pneumoniae*, *pseudomonas aeruginosa*, чувствительные к амикацину и гентамицину. Значительная бактериурия встречалась у пациентов с наличием дренажных систем (нефростомы).

Послеоперационный период протекал без осложнений у 37 (88 %) пациентов, у 5 (12 %) отмечалось замедленное заживление операционной

раны. Длительность гипертермии в послеоперационном периоде составила в среднем 3 дня.

Выводы

1. В большинстве случаев нефрэктомия у больных гнойным пиелонефритом производилась в возрасте старше 40 лет.

2. Нефрэктомия производилась ввиду длительности заболевания и прогрессирования тяжести состояния на фоне безуспешного консервативного лечения.

3. В 67 % случаев нефрэктомия выполнена на фоне МКБ и пионефроза.

4. 40 % больных были ранее оперированы с дренированием почки нефростомой.

5. Наиболее часто при посеве мочи на флору выявлялась чувствительность к гентамицину и амикацину.

Литература

1. *Абдулхакимов Э.Р.* Анализ причин органоуносящих операций в урологии / Э.Р. Абдулхакимов // *Фундаментальные исследования.* 2005. № 5. С. 34–35.
2. *Аляев Ю.Г.* Острый пиелонефрит / Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, В.Б. Воскобойников // *Врач.* 2001. № 6. С. 17–20.
3. *Кориунов А.В.* К вопросу оперативного лечения острого гнойного пиелонефрита / А.В. Коршунов, Г.П. Колесников // *Материалы Пленума правления Российского общества урологов.* Екатеринбург, 1996. С. 48.
4. *Капсаргин Ф.П.* Лечебная тактика при калькулезном остром гнойном пиелонефрите / Ф.П. Капсаргин, В.И. Подольский, А.Ю. Окладников и др. // *Материалы Пленума правления Российского общества урологов.* Екатеринбург, 1996. С. 43–44.
5. *Шатылко Т.В.* Микробиологическая флора в урологических отделениях / Т.В. Шатылко, К.В. Трощановский // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций.* 2014. Т. 4. № 4. С. 419.
6. *Иванов А.П.* Нефрэктомия в современных условиях: причины и дальнейшая судьба больных с единственной почкой / А.П. Иванов, И.А. Тюзиков // *Фундаментальные исследования.* 2011. № 7. С. 64–66.