

Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом в урологических стационарах г. Москвы

В.А. Малхасян¹, В.Ю. Иванов³, Л.А. Ходырева², А.А. Дударева², Ю.А. Курприянов¹, В.И. Редькович¹⁰, В.А. Енгай⁴, С.В. Цыганов¹⁴, И.Э. Мамаев⁸, И.Б. Ласский¹⁶, И.М. Сапожников³, И.Н. Ответчиков⁹, А.Ф. Зинухов⁶, С.И. Сулейманов¹¹, Л.М. Гумин³, П.И. Мотин¹⁵, Т.Б. Тахирзаде¹², П.И. Раснер³, С.В. Котов⁷, М.Б. Зингеренко⁵, В.В. Тедеев³, Р.Н. Трушкин¹³, И.В. Семенякин³, Н.К. Гаджиев¹⁷, Д.Ю. Пушкарь¹

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

²ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ»

³ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ»; ⁴ГКБ № 51 ДЗМ;

⁵ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» ДЗМ г. Москвы

⁶ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ; ⁷ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова ДЗМ; ⁸ГКБ № 12 им. В.М. Буянова ДЗМ;

⁹ГБК № 17 ДЗМ; ¹⁰ГКБ № 57 ДЗМ; ¹¹ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ; ¹²ГКБ № 31 ДЗМ; ¹³ГКБ № 52 ДЗМ; ¹⁴ГКБ № 3 ДЗМ

¹⁵ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ; ¹⁶ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ;

¹⁷ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий

Сведения об авторах:

Малхасян В. А. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: vigenmalkhasyan@gmail.com

Malkhasyan V.A. – PhD, assistant of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: vigenmalkhasyan@gmail.com

Иванов В. Ю. – заведующий урологическим отделением ОРУДК ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ivanov V.Yu. – Head of Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ходырева Л. А. – д.м.н., заведующий отделом организации здравоохранения ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ». E-mail: khodyreva60@mail.ru

Khodyreva L.A. – Dr. Sc., Head of the department of Health Organization GSI "NPCSR". E-mail: khodyreva60@mail.ru

Дударева А. А. – к.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ». E-mail: khodyreva60@mail.ru

Dudareva A. A. – PhD, Leading Researcher of Health Organization GSI "NPCSR". E-mail: khodyreva60@mail.ru

Курприянов Ю. А. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: Dr.kurpriyanov@mail.ru

Kurpriyanov Yu.A. – PhD, assistant professor of urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: Dr.kurpriyanov@mail.ru

Редькович В. И. – к.м.н., заведующий 1-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 57 ДЗМ». E-mail: redkovi4@mail.ru

Redkovich V. I. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 57. E-mail: redkovi4@mail.ru

Енгай В.А. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ». E-mail: engay@mail.ru

Engay V. A. – PhD, head of urology department in municipal clinical hospital №51. E-mail: engay@mail.ru

Цыганов С. В. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 3 ДЗМ». E-mail: gb3@zdrav.mos.ru

Tsiganov S. V. – Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 3. E-mail: gb3@zdrav.mos.ru

Мамаев И.Э. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 12 им. В.М. Буянова ДЗМ». E-mail: ibragim_tataev@rambler.ru

Mataev I. E. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital №12 named after V.M. Buyanov. E-mail: ibragim_tataev@rambler.ru

Ласский И. А. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ». E-mail: Lasskiy@inbox.ru

Lasskiy I. A. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital №20 named after A.K. Eramishantsev. E-mail: Lasskiy@inbox.ru

Сапожников И.М. – к.м.н., заведующий 1 урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Sapozhnikov I. M. – PhD, Head of the 1 Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ответчиков И.Н. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГБК № 17 ДЗМ». E-mail: gkb17@zdrav.mos.ru

Otvetchikov I.N. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 17. E-mail: gkb17@zdrav.mos.ru

Зинухов А. Ф. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ». E-mail: info@67gkb.ru

Zinuhov A. F. – Head of the Urology Department municipal clinical hospital №67 named after Vorohobov. E-mail: info@67gkb.ru

Сулейманов С. И. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ». E-mail: Suleimanov@mail.ru

Suleimanov S. I. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital named after S.S. Yudin. E-mail: Suleimanov@mail.ru

Гумин Л.М. – заведующий 2-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Gumin L. M. – Head of the 2-nd Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Мотин П. И. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ». E-mail: p.motin@mail.ru

Motin P. I. – Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 29 named after N.E. Bauman. E-mail: p.motin@mail.ru

Тахирзаде Т.Б. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ». E-mail: Tahir_56@mail.ru

Takhirzade T.B. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 31. E-mail: Tahir_56@mail.ru

Раснер П. И. – д.м.н., доцент, заведующий 4 урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: dr.rasner@gmail.com

Rasner P. I. – Dr. Sc., associate professor, Head of the 4-th Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: dr.rasner@gmail.com

Котов С.В. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова ДЗМ». E-mail: urokotov@mail.ru

Kotov S. V. – PhD, head of the Urology Department municipal clinical hospital №67 named after N. I. Pirogov. E-mail: urokotov@mail.ru

Зингеренко М. Б. – д. м. н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» ДЗМ г. Москвы. E-mail: m.zingerenko@mknc.ru

Zingerenko M.B. – Dr. Sc., chief of urological department of Moscow clinical scientific center. E-mail: m.zingerenko@mknc.ru

Тедеев В.В. – к.м.н., заведующий 3-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Tedeev V. V. – PhD, Head of the 3-rd Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Трушкин Р. Н. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ». E-mail: urologi52@rambler.ru

Trushkin R. N. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 52 E-mail: urologi52@rambler.ru

Семенякин И. В. – д.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Semenyakin I. V. – Dr. Sc., senior surgeon of municipal clinical hospital (MCH) named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Гаджиев Н.К. – к.м.н., врач-уролог, отделение урологии ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. E-mail: consult@mchs-uro.ru

Gadjiev N. K. – PhD, urologist, urology department in FSBO "All-Russian center of emergency and radiation medicine named after A. M. Nikiforov" of the Ministry of the Russian Federation for civil defense, emergencies and elimination of consequences of natural disasters. E-mail: consult@mchs-uro.ru

Пушкарь Д. Ю. – д.м.н., профессор, член. корр., заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: pushkardm@mail.ru

Pushkar D. Y. – Dr. Sc., professor, corresponding member of RAS, Head of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: pushkardm@mail.ru

Острый обструктивный пиелонефрит является тяжелым инфекционно-воспалительным заболеванием, развивающимся на фоне нарушения уродинамики мочевых путей. Наиболее грозными его осложнениями являются бактериотоксический шок и сепсис [1,2]. Летальность у пациентов с острым обструктивным пиелонефритом по данным литературы может достигать 20% [3]. Успех лечения данного заболевания напрямую зависит от своевременного выявления и ликвидации нарушения уродинамики мочевыводящих путей с последующим назначением адекватной эмпирической терапии. Согласно российским и международным клиническим рекомендациям основным методом лечения на первом этапе является дренирование почки [4]. Несмотря на это около четверти пациентам дренирование почки на фоне острого обструктивного воспалительного процесса не выполняется [5]. Вышеизложенное обуславливает актуальность изучения и последующего анализа оказания специализированной урологической помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом в стационарах города Москвы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был проведен анализ оказания медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом в городе Москве. Во все урологические стационары,

подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы, были разосланы 400 анкет. По согласованию с заведующими урологических отделений на каждый случай госпитализации по поводу острого обструктивного пиелонефрита оформлялась одна анкета. По результатам анкетирования, проведенного с июня по сентябрь 2016 года, выполнен анализ демографических показателей, методов диагностики, лечения, исходов заболевания больных с острым обструктивным пиелонефритом, поступивших в этот период в московские стационары. Критериями исключения из исследования были указания на наличие мочеточникового стента и/или нефростомического дренажа или других методов деривации мочи на момент госпитализации. Нами получено и подвергнуто статистической обработке 183 анкеты, присланных из 17 урологических отделений. С целью определения статистической значимости результатов использовался метод построения доверительных интервалов для долей и критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов, поступивших в урологические стационары города Москвы с диагнозом острый обструктивный пиелонефрит, составил 55,4 лет, при этом выявлено, что женщины госпитализировались в три раза чаще, чем мужчины: 137 (74,9%) и 46 (25,1%) человек, соответственно. Из всех поступивших пациентов 52 (28,4%)

человека сообщили, что они работают, 131 (71,6%) на момент поступления не работали.

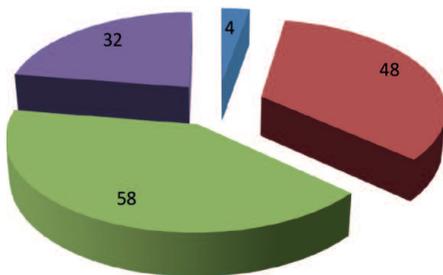
Ранее наблюдались у уролога по поводу заболеваний органов мочеполовой системы 83 (45,4%) больных; 32 (17,5%) пациентам выполнялись вмешательства на верхних мочевых путях, а 19 (10,4%) – на органах малого таза. 146 (79,8%) пациентов доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи, 11 (6,0%) – поступили по направлению из амбулаторной сети и 26 (14,2%) – самотеком. Средний койко-день составил 7,4 дня. Смертность – 1,1%. Сопутствующие заболевания выявлены у 117 (63,9%) пациентов: артериальная гипертензия у 102 (55,7%) пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 62 (33,8%) и сахарный диабет у 42 (22,9%) пациентов (табл. 1).

Во время пребывания в стационаре пациентам выполнялись следующие лабораторные и инструментальные виды обследований: общий анализ крови (ОАК) – 183 (100%) пациентам; общий анализ мочи (ОАМ) – 160 (87,4%); посев мочи – 148 (80,8%) пациентам; ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря – 159 (86,9%) пациентам; обзорная урография – 97 (53%); экскреторная урография – 39 (21,3%) пациентам; нативная компьютерная томография (КТ) – 33 (18%), КТ с контрастным усилением – 17 (9,2%) пациентам. Средний уровень содержания лейкоцитов в крови пациентов составил $14,4 \times 10^9/\text{л}$, однако примечательно, что уровень лейкоцитов менее $15 \times 10^9/\text{л}$ был диагностирован у 30 (16,3%) пациентов, а выше $15 \times 10^9/\text{л}$ у 153 (83,6%) пациентов. Лейкоцитурия наблюдалась у 149 (81,4%) пациентов, а бактериурия у 74 (44,5%) пациентов. В посевах мочи у 90 (49,2%) больных выявлены микроорганизмы в титре, превышающем пороговые значения, наиболее часто (35,6%) в качестве основного патогена высевалась *E. coli*. При поступлении в

Таблица 1. Сопутствующие заболевания

Сопутствующие заболевания	Количество пациентов, чел.	%
Артериальная гипертензия	102	55,7
ИБС	62	33,8
Инфаркт	3	1,7
Язвенная болезнь желудка и 12-перст. кишки	7	3,8
Сахарный диабет	42	22,9
Последствия ОНМК	7	3,8
Бронхиальная астма	3	1,7
Ретроперитонеальный фиброз	2	1,0
Сопутствующие онкологические заболевания	66	36,7

среднем температура тела больных составила 37,9° С, температура ниже 38°С градусов наблюдалась у 46 (25,1%) пациентов. У 136 (74,3%) больных подъему температуры тела предшествовал эпизод почечной колики. Ретенционные изменения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почек были выявлены у 166 (90,7%) пациентов. Средний размер лоханки (по результатам УЗИ) на момент госпитализации составил 27,4 мм (медиана = 25). У 153 (83,6% ДИ 77,4-88,6%) пациентов размер лоханки превышал 20 мм, у 30 (16,39 ДИ 11,34-22,57%) – менее 20 мм и лишь у 5 (2,7%) пациентов был меньше 15 мм. Средний размер чашечек (по результатам УЗИ) на момент госпитализации составил 13,7 мм



■ Камень почки
■ Камень верхней трети мочеточника
■ Камень средней трети мочеточника
■ Камень нижней трети мочеточника

Рис. 1. Локализация камней

(медиана = 12). У 151 (82,5% ДИ 76,2-87,7%) пациента размер чашечек превышал 10 мм, а у 32 (17,5% ДИ 12,28 – 23,78%) размер чашечек был менее 10 мм. Самой частой причиной нарушения оттока мочи были конкременты мочеточника, выявленные у 142 (77,6%) пациентов, второй по частоте (8,7%) причиной было сдавление мочеточника экстраорганный опухолью, гораздо реже нарушение оттока мочи возникало на фоне стриктуры мочеточника, пиеловазального конфликта или инфравезикальной обструкции. У 14 (7,7%) пациентов установить причину обструкции не удалось (табл. 2).

У 4 (2,8%) пациентов выявлен изолированный камень лоханки почки, у 39 (27,5%) – камни почек и камни мочеточников, у 99 (69,7%) – диагностированы изолированные камни мочеточника. Камень верхней трети мочеточника был диагностирован у 48 (33,8%), камень средней трети у 58 (40,8%) больных, а камень нижней трети – у 32 (22,5%) пациентов (рис. 1). Средний размер камня мочеточника составил 7,9 мм (медиана = 7).

Дренирование почки было выполнено 170 пациентам (92,9%). Наиболее часто выполнялось стен-

тирование мочеточника – 112 (61,2%) и чрескожная пункционная нефростомия – 54 (29,5%) пациента. Среднее время от момента госпитализации больного до момента дренирования составило 4 часа. 18 (10,6%) пациентам дренирование верхних мочевых путей было выполнено спустя 24 часа после госпитализации (табл. 3).

Эмпирическая антибактериальная терапия назначалась всем пациентам: чаще всего (50,8%) применялись цефалоспорины, вторыми по частоте (22,4%) были препараты фторхинолоновой группы, пенициллины назначались в 8,2% случаев, остальным 18,5% больных применялись комбинации антибактериальных препаратов (табл. 4). Средняя продолжительность антибактериальной терапии составила 7 дней. В 17 (9,3%) случаях была отмечена необходимость в усилении антибактериальной терапии.

Осложнения острого обструктивного пиелонефрита отмечены у 15 (8,2%) пациентов: у 7 (3,83%) диагностирована гнойно-деструктивная форма инфекционно-воспалительного процесса в почке, у 9 (4,9%) диагностирован сепсис, у 4 из них (2,2%) развился бактериотоксический шок, который послужил причиной смерти двух пациентов (табл. 5). По поводу возникших гнойно-деструктивных осложнений 7 (3,83%) пациентам выполнены оперативные вмешательства: 4 (2,2%) пациентам – открытая ревизия почки с дренированием гнойного очага или нефрэктомия, а в трех (1,7%) случаях проведено чрескожное пункционное дренирование гнойного очага.

Медианный возраст (72 против 56 лет, $p=0,034$), более высокий медианный лейкоцитоз ($20,5 \times 10^9/\text{л}$ против $13 \times 10^9/\text{л}$, $p=0,04551$) при госпитализации в стационар был достоверно выше у пациентов с осложненным течением пиелонефрита. По всем остальным параметрам существенных различий с осложненным и неосложненным

Таблица 2. Причины нарушения оттока мочи

Причины нарушения оттока мочи	Количество пациентов, чел.	Доля, %
МКБ	142	77,6
Внешняя компрессия мочеточника опухолью	16	8,7
Стриктура ЛМС, мочеточника, добавочный сосуд	7	3,8
Инфравезикальная обструкция	4	2,2
Причина не установлена	14	7,7

Таблица 3. Способы дренирования почки

Способы дренирования почки	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Пункционная нефростомия	54	29,51
Стентирование мочеточника	112	61,20
Другое	3	1,64
Катетеризация мочеточника	1	0,55
Не выполнялось	13	7,10

течением пиелонефрита не наблюдалось.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных, полученных в ходе анкетирования, показал, что большинство пациентов, поступающих в урологические стационары города Москвы с клинической картиной острого обструктивного пиелонефрита, женщины. Средний возраст пациентов составил 55 лет, что обуславливает высокую социальную значимость данного заболевания. Более половины пациентов имеют сопутствующие заболевания, что является показанием для консультации их другими специалистами. В большинстве случаев подъему температуры тела больного предшествовал эпизод почечной колики. У большей части пациентов при поступлении отмечалось повышение температуры тела выше 38°C, лейкоцитоз крови выше $15 \times 10^9/\text{л}$, расширение лоханки почки более 20 мм и чашечек более чем 10 мм, что позволяет отнести указанные симптомы к достоверным признакам острого обструктивного пиелонефрита.

В нашем исследовании выявлен относительно небольшой процент бактериурии – 49,2%, по сравнению с данными других авторов – 73,9% [6].

Самой частой причиной ост-

рого обструктивного пиелонефрита остаются конкременты мочеточника. Обращает на себя внимание крайне низкие показатели выполнения в стационаре рентгенконтрастных методов исследования, что может объясняться тем, что большинству пациентов дренирование почки выполняется в течение первых суток на основании клинических данных и данных УЗИ.

Согласно данным нашего исследования, дренирование почки выполнено более 90% пациентам с острым обструктивным пиелонефритом, а время от момента госпитализации до момента дренирования в большинстве случаев не превышало 24 часов. Эти показатели существенно образом отличаются от данных некоторых зарубежных авторов, согласно которым около 25% пациентам не выполняется дренирование почки [5,6]. Основным методом дренирования почки в урологических стационарах города Москвы является стентирование мочеточника.

В большем проценте случаев пациентам с острым обструктивным пиелонефритом после дренирования мочевых путей назначается адекватная эмпирическая антибактериальная терапия, которая не требует усиления. Основной группой антибактериальных препаратов, назначаемых для лечения острого обструктивного пиело-

нефрита, являются цефалоспорины. В 18,5% случаях применяется комбинация из нескольких антибактериальных препаратов. Осложненное течение обструктивного пиелонефрита отмечено менее, чем у 10 % пациентов, а сепсис был диагностирован у 5% больных. Этот показатель значительно отличается от данных зарубежных авторов, согласно которым частота развития сепсиса может достигать 33,3% [6].

Люмботомия с последующей ревизией почки выполнялась только при наличии деструктивной формы пиелонефрита.

В нашем исследовании летальность составила 1,1%. Кроме того, анализ полученных в ходе исследования данных показал, что медианный возраст и концентрация лейкоцитов крови при поступлении были достоверно выше в группе пациентов с осложненным течением заболевания, что позволяет нам рассматривать эти показатели в качестве факторов риска течения обструктивного пиелонефрита. Эти данные находят подтверждение в исследовании К. Yoshimura и соавт., которые показали, что старший возраст пациента ассоциирован с более высоким риском хирургического лечения [7].

ВЫВОДЫ

Большинство пациентов с острым обструктивным пиелонефритом и осложнениями, развившимися на его фоне, получают адекватное и своевременное лечение в урологических стационарах медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы, соответствующее клиническим рекомендациям ведущих профессиональных сообществ. Частота развития сепсиса низка и не превышает аналогичных показателей, представленных в зарубежной литературе. Необходимо продолжить дальнейшие исследования, направленные на разработку механизмов оптимизации медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом. ■

Таблица 4. Антибактериальная терапия

Антибактериальные препараты	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Цефалоспорины	93	50,8
Фторхинолоны	41	22,4
Цефалоспорины + Фторхинолоны	13	7,0
Цефалоспорины + Аминогликозиды	14	7,6
Цефалоспорины + другие антибиотики	7	3,8
Пенициллины	15	8,2

Таблица 5. Осложнения обструктивного пиелонефрита

Осложнения обструктивного пиелонефрита	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Сепсис	9	4,9
Гнойно-деструктивная форма пиелонефрита	7	3,83
Бактериально-токсический шок	4	2,2
Смерть	2	1,1

Ключевые слова: острый обструктивный пиелонефрит, стационарное лечение.

Key words: acute obstructive pyelonephritis, hospital treatment.

Резюме:

Введение. Для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом было проведено исследование, основанное на анализе разработанных нами анкет.

Материалы и методы. В урологические стационары, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы, были разосланы 400 анкет, проанализировано 183 анкеты из 17 урологических отделений больниц г. Москвы.

Результаты. По результатам анкетирования, проведенного с июня по сентябрь 2016 года, выполнен анализ демографических показателей, методов диагностики, лечения, исходов лечения больных с острым обструктивным пиелонефритом, поступавших в этот период в московские стационары. Средний возраст пациентов госпитализированных в урологические стационары Москвы с диагнозом острый обструктивный пиелонефрит составил 55,4 лет, средний койко-день – 7,4 дней, смертность – 1,1%. Сопутствующие заболевания выявлены у 117 (63,9%) пациентов. УЗИ почек и мочевого пузыря выполнено 159 (86,9%) пациентам, обзорная урография – 97 (53%), экскреторная урография 39 (21,3%) пациентам, нативная компьютерная томография (КТ) проведена 33 (18%) пациентам, КТ с контрастным усилением – 17 (9,2%) пациентам. Самой частой причиной нарушения оттока мочи были конкременты мочеточника, выявленные у 142 (77,6%) пациентов. Дренирование почки было проведено 170 пациентам (92,9%). Наиболее часто выполнялось стентирование мочеточника – 112 (61,2%) пациентов и чрескожная пункционная нефростомия – 54 (29,51%) пациентам. Осложнения обструктивного пиелонефрита отмечены у 15 (8,2%) пациентов: из них – у 7 (3,83%) диагностирована гнойно-деструктивная форма пиелонефрита, у 9 (4,9%) – сепсис, у 4 (2,2%) больных на фоне сепсиса развился бактериотоксический шок.

Выводы. Большинство пациентов получило адекватное и своевременное лечение, соответствующее клиническим рекомендациям ведущих профессиональных сообществ. Частота развития сепсиса невелика и не превышает аналогичных показателей, представленных в международной литературе. Необходимо выполнение дальнейших исследований, направленных на разработку механизмов оптимизации медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Summary:

Analysis of specialized medical care to patients with acute obstructive pyelonephritis in Moscow urological hospitals

Malkhasyan V.A., Ivanov V.Y., Khodyreva L.A., Dudareva A.A., Kupriyanov Y.A., Redkovich V.I., Ingay V.A., Tsiganov S.V., Mamaev I.E., Lasskiy I.A., Sapozhnikov I.M., Otvetchnikov I.N., Zimuhov A.F., Suleimanov S.I., Gumin L.M., Motin P.I., Takhirzade T.B., Rasner P.I., Kotov S.V., Zingerenko M.B., Tedeev V.V., Trushkin R.N., Semenyakin I.V., Gadjev N.K., Pushkar D.Y.

Introduction and objectives: The aim of the survey was to obtain information on treatment of patients admitted to Moscow urology departments with acute obstructive pyelonephritis (infected hydronephrosis).

Methods: A survey was sent to 17 urologic departments within Moscow. The questionnaire contained questions on medical, technical and organizational aspects of acute obstructive pyelonephritis management.

Results: We received information on 183 patients. The mean age was 55,4 years, mean hospital stay was 7.4 days. In most cases acute obstructive pyelonephritis was caused by ureteric stones 142 (77.60%). Decompression of obstructed collecting systems has been undertaken in 170 (92.9%) patients. Indwelling ureteral stent has been placed in 112 (61.20%) patients, while other 54 (29.51%) received percutaneous nephrostomy tube. Complicated obstructive pyelonephritis was observed in 15 (8.2%) patients. Among them 7 (3.83%) were diagnosed with renal abscess and 9 (4.9%) with sepsis. 4 (2.2%) patients developed septic shock, two of them died.

Conclusions: Most of patients admitted to Moscow urology departments with acute obstructive pyelonephritis receive high quality care in conformity with international guidelines. With low complication and mortality rates.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА

- Lee J, Lee Y, Cho J. Risk factors of septic shock in bacteremic acute pyelonephritis patients admitted to ER. *J Infect Chemother* 2012;18:130–133 doi: 10.1007/s10156-011-0289-z
- Kalra O, Raizada A. Approach to a patient with urosepsis. *J Glob Infect Dis* 2009;1:57–63 doi: 10.4103/0974-777X.52984
- Borofsky M, Walter D, Shah O, Goldfarb D, Mues A, Makarov D. Surgical decompression is lifesaving for patients with sepsis and ureteral calculi. *J Urol* 2013;189:946–951 doi: 10.1016/j.juro.2012.09.088.
- Preminger G, Tiselius H, Assimos D, Alken P, Buck A, Gallucci M, et al. 2007 Guideline for the management of ureteral calculi. *Eur Urol* 2007;52:1610–31.
- Borofsky M, Walter D, Li H, Shah O, Goldfarb D, Sosa R, et al. Institutional Characteristics Associated with Receipt of Emergency Care for Obstructive Pyelonephritis at Community Hospitals. *J Urol* 2015 Mar;193(3):851–6 doi:10.1016/j.juro.2014.09.009
- T. Mitsuhiro, O.Takatsugu, Toshihide S., Eiji H., N. Kikuo. Predictors of septic shock in obstructive acute pyelonephritis. *World J. Urol.* 2014;32: 803–811. doi: 10.1007/s00345-013-1166-4
- Yoshimura K, Utsunomiya N, Ichioka K, Ueda N, Matsui Y, Terai A. Emergency drainage for urosepsis associated with upper urinary tract calculi. *J Urol.* 2005;173:458–462. doi: 10.1097/01.ju.0000150512.40102.bb.

*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*



Непрерывное профессиональное образование в урологии - UroEdu.ru



- Лекции ведущих российских и зарубежных лидеров
- Отсутствие затрат на проезд, проживание во время курса
- Возможность получить продолженное образование в любое удобное время, в удобном месте
- Получение документов установленного образца