

Алиджанов Н.А., **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННОЕ**
Фазлиддинова Ф.Н. **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Ташкентская медицинская академия

На большом клиническом материале проведен анализ возможностей осуществления дифференциальной диагностики пиелонефрита. Такое обследование позволяет проводить своевременную диагностику и планирование целенаправленного индивидуального хирургического лечения больных с различными формами пиелонефрита.

Ключевые слова: пиелонефрит, современные методы диагностики, хирургическое лечение, урогинекология, оценка результатов лечения.

On a large amount of the clinical samples analysis of the capabilities of the differential diagnosis of the pyelonephritis was done. This survey allows for timely diagnosis and planning of a focused individual surgical treatment of patients with various forms of pyelonephritis.

Актуальность. Пиелонефрит относится к сложным инфекциям мочевых путей и представляет актуальную клиническую проблему, связанную с трудностью своевременной диагностики, сложностью выбора оптимальной тактики лечения и последующей реабилитации этой категории больных [15].

Частота деструктивных форм пиелонефрита составляет почти 7% среди всех заболеваний почек. Поэтому о тяжести поражении почек свидетельствуют высокие цифры летальности, достигающей при развитии уросепсиса 29-80% [5,25]. Такой патологический процесс приводит к потери важного органа - почки [14,23,25]. Приведенные данные указывают на то, что большинство больных пиелонефритом требуют активных как диагностических, так и лечебных мероприятий, основанных на своевременном получении достоверной информации о состоянии почек и мочевыводящих путей. Трудности клинической диагностики и недостаточной выраженности симптомов заболевания часто наблюдаются у пациентов со сниженным иммунитетом [21,29]. Традиционные рентгенологические методы не всегда эффективны в выявлении и оценке распространенности даже выраженных деструктивных процессов в почке [24].

Ультразвуковое же исследование, хорошо зарекомендовавшее себя в выявлении и характеристике различных патологических процессов в почках, самостоятельно не решает проблему ранней диагностики пиелонефрита [2,7,8,12,13]. Эхографическая картина пиелонефрита описывается в основном качественными характеристиками, что ведет к зависимости от опыта специалиста и класса аппарата. Диагностическая ценность отдельных ультразвуковых симптомов этого заболевания различна [1,10,17].

Компьютерная томография с контрастным усилением изображения и многофазным исследованием

является наиболее эффективным методом, применяющимся на различных этапах диагностики и лечения пиелонефрита. Несмотря на это, в урологической практике при неотложных состояниях метод не находит должного применения вследствие относительно ограниченной его распространенности и недостаточной организации круглосуточной работы отделений и кабинетов компьютерной томографии [11,19].

Большими потенциальными возможностями в выявлении характеристики деструктивных процессов в почке при пиелонефрите обладает магнитно-резонансная томография. Но в опубликованных отечественных и зарубежных трудах исследователей этот метод в полном виде отсутствует. К тому же нет единого мнения относительно объема и последовательности применения лучевых методов диагностики пиелонефрита и в процессе лечения этого заболевания. Лечебная тактика пиелонефрита в основном сводится к оперативному вмешательству [15,18].

Все это позволяет рассматривать эту проблему как актуальную. В связи с этим целью исследований является изучение возможностей повышения эффективности лечения больных с пиелонефритом на основании индивидуализации выбора лечебных мероприятий.

Материал и методы основаны на лечении 100 больных с пиелонефритом и с подозрением на это заболевание, находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице №1 г.Ташкента. Диагностический комплекс содержал: сбор анамнеза; изучение жалоб; физикальное обследование; лабораторные анализы исследования мочи для определения вида возбудителя инфекции; лучевые методы исследования [3]. Основные показатели распределения больных по полу и возрасту представлены в таблице 1. Средней возраст их составил $41 \pm 1,3$ (лет).

Таблица

Таблица

Распределение больных пиелонефритом по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				1	
	18 -40		41-76		Всего	
	абс.	%%	абс.	%%	абс.	%%
мужской	22	47,2	24	52,8	46	42
женский	28	43,7	36	56,3	64	58
Итого	50	45,5	60	54,5	110	100

Результаты и их обсуждение. У 96 больных был обнаружен пиелонефрит. Все пациенты имели различные урологические заболевания, которые предшествовали развитию деструктивного процесса в почке и аномалии развития мочевыводящих путей: мочекаменная болезнь (32,4%), хронический пиелонефрит (25,0%), аномалия развития мочевыводящих путей (13,2%), беременность (8,8%), аденома предстательной железы (8,1%), хронический цистит (5,9%), острый простатит (3,7%), опухоль мочевого пузыря (2,9%). Статистически чаще ($p < 0,05$) встречались мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит по сравнению с остальными аномалиями.

В последнее время при совершенствовании методов диагностики и лечения урологических заболеваний научно — практически интерес представляет оптимизация лечения урогинекологических заболеваний [16,20]. Как отмечают исследователи, состояние эстрогенного дефицита, развивающегося на поздних этапах фазы постменопаузы, способствует атрофическим изменениям вульвы, влагалища и мочевых путей. Также отмечают, что пока не изучены патологические явления мочевых путей, усложняющиеся лечение таких пациентов [9,22]. Как считают С.А. Аллазов, З.Р. Шодманов, З.Х. Назарова, такая ситуация отчасти может

быть связана и с тем, что до сих пор урогинекология как отдельная ветвь клинической медицины в современном ее понимании появилась относительно недавно [4].

Клиническими проявлениями заболевания, обнаруженными у всех пациентов, явились боли в поясничной области, лихорадка, озноб, лейкоцитоз крови и бактериурия. Наиболее частыми возбудителями инфекционного процесса в почке были *Escherichia coli*, *Enterococcus spp* и *Pseudomonas aeruginosa*. Эти бактерии высевались более чем у 60% больных. По результатам первичного комплексного клинического и лучевого обследования все больные с пиелонефритом подверглись хирургическому лечению. Характер оперативного вмешательства зависел от формы процесса и состояния больного.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезин-токсикационная и симптоматическая терапия.

Выводы: Таким образом, органосохраняющую операцию удалось произвести у большинства больных (95,8%), органосоносящую (нефрэктомия) — у (4,2%). В период госпитального обследования и лечения больных с пиелонефритом клиническое выздоровление достигнуто у 98,4% пациентов.

Литература

- 1/. Авдошин В.П., Андрюхин М.И. Доплерографическая оценка воздействия магнитно - лазерного излучения на почечный кровоток у пожилых больных с мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом // Клиническая геронтология. - М., 2007. - № 11. - С. 16-19.
2. Александров В.П., Старцев В.Ю. и др. Совершенствование методов раннего выявления рецидивов опухолей мочевого пузыря // Урология. - 2002. - № 6. - С. 51-55.
3. Алиджанов Н.А. Проблемы лечения мочекаменной болезни: теория и практика их решения. - Москва, 2011. - 264 с.
4. Аллазов С.А., Шодманова З.Р., Назарова З.Х. Современные взгляды на проблему гиперактивного мочевого пузыря // Вестник врача. - 2013. - №1. - С.23-28.
5. Аляев Ю.Г., Кузьмичева Г.М. и др. Клиническое значение физико-химического исследования состава мочевых камней и мочи // Урология. - Москва, 2009. - №1. - С. 8-12.
6. Аполихина И.А., Муслимова С.З., Мухамеджанова Ф.Н. Современные представления о патогенезе гиперактивного мочевого пузыря // Акушерство и гинекология. - 2010. № 5. - С 37-41.
7. Белый Л.Е. Ультразвуковая диагностика конкрементов верхних мочевых путей. - М., 2006.
8. Зубарев В.А. Комплексная клиникорентгенологическая диагностика структурно-плотностного и химического состава мочевых камней у больных уrolитиазом: дис... канд. мед. наук. - СПб, 2001. - 130 с.
9. Ибинаева И.С., Аполихина И.А., и др. Солифинацин в лечении больных гиперактивным мочевым пузырем: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо - контролируемого исследования. // Урология, - 2012. - № 5. - С 24-28.
10. Казеко Н.И., Жмуров В.А., и др. Иммунологические показатели у больных мочекаменной болезнью и вторичным пиелонефритом // Урология. - 2008. - № 1. - С. 11-15.
11. Китаев В.В. Новые горизонты компьютерной томографии: спиральная компьютерная томография // Медицинская визуализация. - 1996. - № 1. - С. 11-16.
12. Куандыков Е.А. Лазерная контактная литотрипсия в лечении калькулезного окклюзий верхних мочевыводящих путей // Российский медицинский журнал. - 2009. - № 2. - С. 20-21.
13. Курбатов Д.Г., Худяшов С.А. и др. Лучевые методы исследования в диагностике острого пиелонефрита // Вест.мед. стомат. инет. - 2007.
14. Литвинов В. Хронический пиелонефрит: особенности иммунопатогенеза и принципы клинической иммуногенодиагностики // Врач. - 2008. - № 1. - С. 12-17.
15. Лопаткин Н.А. Клинические рекомендации. Урология / - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 368 с.
16. Мажбид А.М. Оперативная урогинекология. - Ленинград: Медицина, 1960. - 415 с.
17. Максимов В.А., Хадырева Л.А., и др. Применение тамсулолина в комплексном лечении больных мочекаменной болезнью / В.А. Максимов, Л.А. Хадырева, И.С. Мудрая, С.А. Москаленко и др. // Урология. - 2009. - №4. - С.3-6.
18. Пыгтель Ю.А., Золотарев ИИ. Уратный нефролитиаз. —М.: Медицина. - 1995. - 176 с.
19. Рамишвили В.Ш. Комплексная клиничко-биохимическая оценка эффективности метафилактических мероприятий при нефролитиазе. Современная медицинская техника и новейшие технологии в здравоохранении. Сборник трудов Международной научной конференции, посвященной 15-летию академии медико-технических наук. Москва. 2008. -С. 199-200.
20. Шелекенов Б.У., Асубаев А.Г., и др. Императивные нарушения мочеиспускания. Сб.трудов Ташкентского института усовершенствования врачей. Ташкент, 2011. -С 152-155.
21. Янснко Э.К., Константинова О.В. Современный взгляд на лечение больных мочекаменной болезнью: лекция // Урология. - М., 2009. - № 5. - С. 61-66.
22. Abrams P., Artibam W., Cardozol et al. Reviewing the ICS 2002 terminal report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn* 2006; 25:293-94.
23. Brinkert F, Ganschow R, Helmke K, Harps E, Fischer L, Nashan B, Hoppe B, Kulke S, Muller-Wiefel DE, Kemper MJ. Transplantation procedures in children with primary hypercalcaemia type 1: outcome and longitudinal growth. *Transplantation*. 2009 May 15;87(9): 1415-21.
24. C.Y. Medical stone management: 35 years of advances. 1:*J Urol*. 2008 Sep; 180 (3): 813-9.
25. Parks J.H.,Coe F.L., Evan A.P., Worcester E. M. Clinical and laboratory characteristics of calcium stone-formers with and without primary hyperparathyroidism. 2009 Mar; 103(5):670-8. Epub 2008 Sep 12.
26. Sakhaee K., Maalouf N.M. Metabolic syndrome and uric acid nephrolithiasis. *Semin Nephrol*. 2008 Mar;28(2): 174-80.
27. Samsonova N.G., Zvenigorodskaya LA, Cherkashova EA, Lazebnik LB. [Intestinal dysbiosis and atherogenic dyslipidemia], *Eksp Klin Gastroenterol*. 2010;(3):88-94.
28. Siva S., Barrack E.R., reddy G.P.,Thamilselvan V.,Thamilselvan S.,Menon M., Brandari M.A. Critical analysis of the role of gut *Oxalobacter formigenes* in oxalate stone disease. *Urol Int*. 2008; Epub 2008 Oct 16; 81(3):325-9.
29. Stoller M.L., Chi T., Eisner B.IL, Shami G., Gentle D.L. Changes in urinary stone risk factors in hypocitraturic calcium oxalate stone formers treated with dietary sodium supplementation.: 1 *Urol*. 2009 Mar; 181 (3): 1140-4. Epub 2009 Jan 18.