

and control over treatment handling as well as conducting of monitoring and modification of triggers (the need in smoking cessation, active motion and bodily exercises performance, hypoallergic diet abiding, etc. was explained) and comorbidity treatment. Within three months the indices increased in both groups and some increase remained six and even twelve months after. Improvement in patients' indices of treatment compliance was accompanied by the better performance of treatment control and quality of life. During the study the majority of patients of the main group managed to reduce a daily dose of inhaled corticosteroids and long-acting β_2 -agonists.

Conclusion. The conducted study shows that after 12 months the

indices of patients' treatment compliance, ability to control asthma and quality of life increased in both groups while the triggers were decreased (by means of smoking cessation, comorbidity management and accommodation ecological factors control). At the same time, better results (bronchial asthma manageability, basic treatment volume decrease) were received in the group of patients with allergen-specific immunotherapy treatment application.

Keywords: *bronchial asthma, allergen-specific immunotherapy, treatment compliance.*

Надійшла 29.12.2014 року.

УДК 616.61 002.3 007.271 036.12. 089.48:616.617

Бучок О.О.

Аспекти дренування верхніх сечовивідних шляхів у хворих з гострим обструктивним пієлонефритом

Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А.Новака, м. Ужгород

Резюме. Гострий пієлонефрит вважається поширеною у нашій країні урологічною запальною патологією з тенденцією до зростання рівня захворюваності, що вимагає активної лікувальної тактики. У випадках наявної обструкції верхніх сечовивідних шляхів виникає гострий обструктивний пієлонефрит, при якому в комплекс лікувальних заходів обов'язково повинна бути включена малоінвазивна методика, скерована на усунення обструкції. На даний час існує два методи ургентного відновлення пасажу сечі: перкутанна нефростомія (ПНС) та стентування сечоводів. Метою даного дослідження було порівняння ефективності та безпечності обох вказаних методик у лікуванні хворих з гострим обструктивним пієлонефритом.

На основі аналізу історій хвороб 373 хворих було встановлено, що технічний успіх ПНС і стентування склав 98,9% та 92,6% відповідно ($p < 0,05$). Тривалість дренування сечових шляхів у групі ПНС становила 7 ± 1 добу, а у групі стентування – 14 ± 1 добу. Загальна частота ускладнень внаслідок ПНС склала 15,5%, тоді як цей показник у групі стентування становив 28,6% ($p < 0,05$).

Підсумовано, що перкутанна нефростомія може вважатись ефективним методом дренування верхніх сечовивідних шляхів у хворих з гострим обструктивним пієлонефритом, що забезпечує вищий технічний успіх (98,9% vs 92,6%, $p < 0,05$), меншу частоту ускладнень (15,5% vs 28,6%, $p < 0,05$) та кращу якість життя в порівнянні зі стентуванням сечоводів.

Ключові слова: *гострий обструктивний пієлонефрит, нефростомія, стентування.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гострий пієлонефрит є одним із найбільш поширених у нашій країні запальних урологічних захворювань зі сталою тенденцією до зростання рівня захворюваності [2; 5].

З огляду на мультифакторність етіологічних чинників та комплексний патогенез захворювання, питання вибору оптимальної тактики лікування пієлонефриту із залученням різних методик не втратило своєї актуальності і вимагає подальшого розгляду [1; 4; 6].

Широкий спектр збудників захворювання та відсутність інформації про чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних засобів спонукають до пошуку універсальних препаратів, ефективних при емпіричній терапії захворювання вже в перші години стаціонарного лікування [7]. З іншого боку, навіть при застосуванні сучасних антибактеріальних препаратів, у випадках обструкції верхніх сечовивідних шляхів необхідною та обов'язковою передумовою одужання хворого з гострим пієлонефритом є адекватне відновлення порушеного пасажу сечі. Своєчасне проведення дренування нирки у випадках гострого обструктивного пієлонефриту дозволяє запобігти розвитку загрозливих життю ускладнень,

таких як уросепсис та інфекційно-токсичний шок [8].

На сьогодні ургентно застосовуються дві малоінвазивні методики дренування верхніх сечових шляхів при їх гострій обструкції: перкутанна нефростомія (ПНС) та катетеризація (стентування) сечоводів [18; 20]. Кожна з цих методик має своїх прихильників та противників, що певним чином впливає на вибір методу лікування. Тому, вивчення переваг і недоліків кожного окремого виду дренування сечових шляхів у хворих з гострим обструктивним пієлонефритом триває та може вважатись актуальною проблемою сучасної урології [11].

Метою даної роботи було порівняння ефективності та безпечності перкутаної нефростомії і стентування сечоводів у лікуванні хворих з гострим обструктивним пієлонефритом.

Матеріал і методи дослідження

У представленому дослідженні вивчався досвід лікування 373 хворих з гострим обструктивним пієлонефритом, яким проводилось дренування сечовивідних шляхів із застосуванням перкутаної нефростомії ($n = 184$ хворих), або стентування сечоводів ($n = 189$ хворих). Ефективність та безпечність обох методів лікування вивчалась як ретроспективно, так і проспективно, а якість життя – проспективно.

Розподіл хворих за статтю виглядав наступним чином: загалом співвідношення чоловіків до жінок серед пролікованих хворих склало 1:1,75 (139 чоловіків та 234 жінки). У групі перкутаної нефростомії це співвідношення склало 1:1,4 (79 чоловіків та 107 жінок) середнього віку $37,8 \pm 5,8$ років, а у групі стентування – 1:2,2 (61 чоловік та 128 жінок) середнього віку $38,5 \pm 5,3$ років. Як видно із представлених даних, у групі стентування частка жінок значно переважала відсоток чоловіків ($p < 0,05$).

У найбільшій частці пролікованих пацієнтів, а саме 36,5 % вік коливався в межах 30-44 років. Переважання серед хворих на гострий обструктивний пієлонефрит осіб працездатного віку вказує на важливе соціально-економічне значення досліджуваної проблеми.

Діагноз гострого обструктивного пієлонефриту встановлювався на основі клінічних даних та за допомогою об'єктивних методів дослідження – загально-клінічних аналізів крові та сечі, ексреторної урографії та ультразвукового дослідження. Саме на основі аналізу анамнестичних даних та за допомогою інструментальних методик визначалась сторона ураження і ступінь обструкції сечовивідних шляхів.

Після встановлення діагнозу обструктивного пієлонефриту на стороні обструкції проводилось ургентне відновлення пасажу сечі з одночасним призначенням емпіричної антибактеріальної терапії препаратами широкого спектру дії.

Дренування сечовивідних шляхів проводилось із застосуван-

ням дренажів різного діаметру: нефростомічні дренажі характеризувались діаметром 8-12Fr, а стенти – діаметром 5-6Fr. За стороною дренажування статистично значної відмінності між обома групами дослідження не було відзначено.

Ефективність лікування встановлювалась за наступними параметрами:

- клінічне одужання;
- мікробіологічне одужання;
- тривалість дренажування сечових шляхів;
- частота ятрогенних ускладнень;
- якість життя хворих.

Клінічне одужання визначалось як припинення клінічних симптомів захворювання, мікробіологічне – як відсутність бактерії (мікробне число $< 10^3$) та піурії (кількість лейкоцитів < 5 в полі зору мікроскопа) за результатами бактеріологічного і загально-клінічного аналізів сечі [12].

Якість життя хворих визначалась із застосуванням уніфікованого опитувальника SF-36, який широко використовуються у сучасних дослідженнях з подібним дизайном [22]. Опитувальник складається з 36 питань. Відповіді на 35 з них використовують для отримання значень по 8 шкалах. Критерії якості життя оцінюють за 100-бальною шкалою, а результати представляють у вигляді балів від 0 (найгірший показник) до 100 (найкращий показник). Більший сумарний бал вказує на вищий показник якості життя.

З метою оцінки безпечності кожного методу дренажування вивчалась частота розвитку ятрогенних ускладнень. Було виокремлено ускладнення важкого та легкого ступеня, як запропоновано Mahmood R.D. та співавторами у 2012 р [15].

Метою проведення обох малоінвазивних методик було усунення перепони відтоку сечі. Саме тому технічний успіх проведення малоінвазивної маніпуляції визначався, як вдале усунення обструкції сечовивідних шляхів та повне відновлення пасажу сечі з обтурованої ділянки кризь встановлений дренаж.

Для статистичної обробки отриманих даних застосовувалась комп'ютерна програма STATISTICA версії 5.11. Достовірність отриманих результатів оцінювалась за допомогою обчислення критерію Ст'юдента (t). Статистично значимими вважались відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Успішно досягти адекватного дренажування верхніх сечовивідних шляхів за допомогою перкутанної нефростомії вдалось у 182 (98,9%) хворих, а за допомогою стентування сечоводів – у 175 (92,6%) хворих.

У двох (1,1%) хворих з групи нефростомії, яким не вдалось провести малоінвазивну маніпуляцію, було проведено відкрите оперативне втручання, а у 14 (7,4%) хворих з групи стентування, яким не вдалось дренажувати сечовивідні шляхи, було успішно проведено перкутанну нефростомію.

Тривалість знаходження нефростомічного дренажу становила 7 ± 1 добу, а сечовідного стенту – 14 ± 1 добу (ДІ – 95%, $p < 0,05$).

Загалом ускладнення перкутанної нефростомії було зафіксовано у 15,5% хворих з-поміж усіх досліджуваних пацієнтів даної групи. Серед них важкі ускладнення спостерігались у 9,3% хворих, а легкі – у 6,1% хворих.

До важких ускладнень ПНС належали перфорація верхніх сечових шляхів (2,2% хворих), (сепсис (1,1% хворих), позаочеревинна гематома (1,7% хворих), макрогематурія (2,2% хворих), пневмоторакс (0,6% хворих), перфорація кишківника (0,6% хворих), уринома (1,1% хворих).

До легких ускладнень ПНС належали обструкція нефростомічного дренажу (2,2% хворих), дизурія (1,7% хворих) та спонтанне відходження дренажу (2,2% хворих).

Відмінностей між частотою розвитку ускладнень серед жінок та чоловіків зафіксовано не було. Ускладнення відзначено у 13 (7,1%) жінок та у 15 (8,6%) чоловіків ($p > 0,05$).

Ускладнення, що виникли внаслідок стентування сечоводів було зафіксовано у 28,6% хворих, з-поміж усіх досліджуваних пацієнтів даної групи. Серед них важкі ускладнення спостерігались у 13,1% хворих, а легкі – у 15,4% хворих.

До важких ускладнень стентування сечоводів належали перфорація верхніх сечових шляхів (5,7% хворих), сепсис (1,7% хворих), позаочеревинна гематома (1,1% хворих),

Таблиця 1. Ускладнення внаслідок ПНС та стентування сечоводів у досліджуваних хворих та їх частота.

Ускладнення	ПНС, 182 хворих		Стентуван- ня, 175 хворих		P	
	n	%	n	%		
ВАЖКІ	Перфорація верхніх сечових шляхів	4	2,2	10	5,7	<0,05
	Позаочеревинна гематома	3	1,7	2	1,1	>0,05
	Макрогематурія	4	2,2	5	2,9	>0,05
	Уринома	2	1,1	3	1,7	<0,05
	Сепсис	2	1,1	3	1,7	>0,05
	Пневмоторакс	1	0,6	–	0	–
ЛЕГКІ	Перфорація кишківника	1	0,6	–	0	–
	Дизурія	3	1,7	16	9,1	<0,05
	Обструкція дренажу	4	2,2	7	4,0	<0,05
	Спонтанне відходження дренажу	4	2,2	4	2,3	>0,05
Разом	28	15,5	50	28,6	<0,05	

макрогематурія (2,9% хворих) та уринома (1,7% хворих).

До легких ускладнень стентування сечоводів належали дизурія (9,1% хворих), обструкція сечовідного дренажу (4,0% хворих) та спонтанне відходження дренажу (2,3% хворих).

Було відзначено наявність відмінності між частотою розвитку ускладнень серед жінок та чоловіків. Частка чоловіків серед хворих із зафіксованими ускладненнями суттєво переважала частку жінок. Ускладнення спостерігались у 34 (19,4%) чоловіків та у 16 (9,1%) жінок ($p < 0,05$).

У таблиці 1 представлено порівняння частоти ускладнень внаслідок ПНС та стентування сечоводів у досліджуваних хворих з гострим обструктивним піелонефритом в тих випадках, коли вдалось успішно провести дренажування верхніх сечових шляхів.

Важкі ускладнення ПНС було відзначено у 17 хворих, що склало 9,3% від усіх досліджуваних з групи нефростомії, тоді як у групі стентування сечоводів цей показник становив 13,1% (23 випадки).

Як видно з наведеної табл. 2, серед ускладнень стентування сечоводів легкого ступеня переважає дизурія, що становить 9,1% з-поміж усіх випадків, позаяк у групі перкутанної нефростомії найчастіше спостерігались обструкція дренажу та його спонтанне відходження, які було відзначено з однаковою частотою, а саме у 2,2% з-поміж усіх випадків.

Наявність значного відсотка хворих із дизурічними явищами у групі стентування можна пояснити необхідністю трансуретральних ендоскопічних маніпуляцій під час цієї малоінвазивної процедури, а також травмуванням слизової сечового міхура кінчиком сечовідного катетера-стента та, як наслідок, мікротравмами і вторинним інфікуванням сечовивідних шляхів.

В таблиці 2 представлено порівняння ефективності та безпечності ПНС і стентування сечоводів у лікуванні гострого обструктивного піелонефриту в досліджуваних хворих.

Як видно із представленої таблиці 2, технічний успіх внаслідок проведення ПНС становив 98,9%, тоді як цей показник у групі стентування сечоводів склав 92,6% ($p < 0,05$). Відмінності у технічному успіху обох малоінвазивних методик пояснюються тим, що при стентуванні сечоводів у чоловіків не завжди вдалось безперешкодно провести катетеризаційний цистоскоп в сечовий міхур з причини наявних стриктур уретри, а також складністю візуалізації вічок сечоводів та анатомічними особливостями сечоводів у випадку аномалій верхніх сечовивідних шляхів серед представників обох статей.

Нижчий відсоток клінічного (88,0% vs 96,7%, $p < 0,05$) та мікробіологічного (77,1% vs 90,7%, $p < 0,05$) одужання у

Таблиця 2. Порівняння ефективності та безпечності ПНС і стентування сечоводів у досліджуваних хворих

Показник	ПНС, 184 хворих		Стентування, 189 хворих		p
	n	%	n	%	
Технічний успіх	182	98,9	175	92,6	<0,05
Клінічне одужання #	176	96,7	154	88,0	<0,05
Мікробіологічне одужання #	165	90,7	135	77,1	<0,05
Ятрогенні ускладнення*	28	15,5	50	28,6	<0,05
Тривалість дренування, доби	7±1		14±1		<0,05

Примітки: # – оцінка проводилась через 29-30 днів від початку лікування; * – відсоток обраховано з-поміж випадків технічно успішного лікування

групі стентування через 29-30 днів після початку лікування можна пояснити вторинним інфікуванням сечовивідних шляхів, що відбувалось під час трансуретральних ендовезикальних маніпуляцій протягом цієї малоінвазивної процедури. Безумовно, певним чином на ці показники здійснює вплив відмінність у діаметрі нефростомічних і сечовідних дренажів, та, як наслідок, краще дренування порожнинної системи нирок за допомогою перкутанної нефростомії.

Згідно з результатами тестування хворих, проведеного із застосуванням універсального опитувальника SF-36, було встановлено, що у групі перкутанної нефростомії спостерігалось зниження якості життя за показником соціального функціонування (LSA), в той час, коли у групі стентування хворі відзначали погіршення емоційного стану (LURAE), підвищену інтенсивність больових відчуттів (BP), більше зниження настрою (GMH) та, як наслідок, загальне зменшення життєвої активності (VT).

Результати опитування за показниками, по яких спостерігались відмінності між респондентами обох груп, представлено у таблиці 3.

Можна зробити цілком обґрунтоване припущення, що дизуричні розлади, які суттєво погіршують якість життя хворих групи стентування, були обумовлені проведенням первинної та обов'язково повторної катетеризації сечового міхура задля встановлення і наступного видалення стента з сечоводу.

Питання ефективності різних методів дренування верхніх сечовивідних шляхів є предметом ретельного вивчення фахівців. Загальновідомо, що стентування сечоводів може вважатись ефективною методикою усунення обструкції, проте, прийняття рішення про встановлення сечовідного стента повинно бути виваженим, оскільки ця процедура не

Таблиця 3. Результати анкетування досліджуваних пацієнтів із застосуванням опитувальника SF-36

Параметр за шкалою SF-36		Нефростомія	Стентування	t	p
		M ± Δm	M ± Δm		
LSA	Ч	34,42 ± 5,2 #	64,32 ± 5,7	2,97	< 0,05
	Ж	37,52 ± 2,8 #	66,35 ± 6,2	3,41	< 0,05
LURAE	Ч	64,22 ± 3,6	33,46 ± 1,4 #	3,02	< 0,05
	Ж	68,34 ± 7,2	35,53 ± 2,7 #	3,04	< 0,05
BP	Ч	68,43 ± 4,6	27,22 ± 3,4 #	3,51	< 0,05
	Ж	61,21 ± 3,3	32,41 ± 5,2 #	2,75	< 0,05
VT	Ч	67,22 ± 4,4	41,42 ± 1,7 #	2,10	< 0,05
	Ж	55,71 ± 2,2	39,54 ± 2,3 #	2,25	< 0,05
GMH	Ч	52,51 ± 4,7	34,21 ± 1,8 #	2,07	< 0,05
	Ж	53,32 ± 1,6	31,22 ± 3,2 #	2,76	< 0,05

Примітки: Ч – показник у досліджуваних чоловіків; Ж – показник у досліджуваних жінок; # – статистично значиме погіршення показника

є цілковито безпечною та асоційована з високою частотою виникнення різноманітних ускладнень, що за даними Метоп та співавторів, 2007 р, сягає 79,2% [16].

За даними інших дослідників, цей показник коливається в межах 15-70% [9; 17]. Як видно, частота розвитку ускладнень коливається у широких межах та зумовлена, на думку авторів, різними факторами, з-поміж яких фаховість уролога, матеріал, з якого виготовлений стент, наявність вірулентної інфекції в сечових шляхах та недостатній комплайєнс у частини пацієнтів [16].

Значна кількість та розмаїття ускладнень внаслідок стентування сечоводів під час усунення обструкції сечоводів також була відзначена Dyer R.V та співавторами у 2002 р. Дослідниками підсумовано, що перед проведенням процедури стентування пацієнта слід обов'язково проінформувати про високу імовірність побічних ефектів з огляду на статистичні дані [10].

Ускладнення, що виникають внаслідок стентування сечоводів, за своїм генезом переважно обумовлені механічним пошкодженням сечовивідних шляхів, а частота їх виникнення залежить від виду стента та матеріалу, з якого він виготовлений [19].

Окрім стентування сечоводів, іншою ефективною малоінвазивною методикою, що широко застосовується з метою усунення обструкції верхніх сечовивідних шляхів, є перкутанна нефростомія, котра також асоціюється з певною частотою розвитку супутніх ускладнень.

За даними Lee WJ, та співавторів, 1994 р., технічний успіх проведення процедури ПНС становить 98% із загальним рівнем ускладнень 34%; 6% з-поміж яких були важкими, а 28% – легкими [14].

За іншими даними, оприлюдненими Hausegger KA та співавторами у 2006 р, загальний рівень ускладнень ПНС складає 10%, з-поміж яких лише в 4-5% спостерігались важкі ускладнення [13].

Syed A.M. та співавтори повідомили про 12% ускладнень внаслідок ПНС, з-поміж яких частка важких ускладнень складала лише 4,3% [21].

За даними інших дослідників, частота ускладнень ПНС коливається в наступних межах: ускладнення легкого ступеня виникають в 15-28% випадків, а важкі ускладнення – в 1-9% випадків. До важких ускладнень ПНС відносять кровотечі, що вимагають гемотрансфузій або реінтервенції, сепсис, ушкодження плеври та кишківника під час формування нефростомічного ходу та ушкодження паренхіматозних органів черевної порожнини [15].

Представлені результати демонструють суттєву перевагу ПНС перед стентуванням сечоводів під час лікування обструкції верхніх сечових шляхів, ускладненої гострим пієлонефритом, за параметрами клінічного та мікробіологічного одужання. Технічний успіх маніпуляції у групі ПНС становить 98,9%, тоді як у групі стентування цей показник дорівнює 92,6% (p<0,05). Проведення перкутанної нефростомії може вважатись більш безпечним методом дренування верхніх сечових шляхів у порівнянні з стентуванням сечоводів: загальна частота ускладнень у обох групах порівняння складала 15,5% та 28,6%, а частка важких ускладнень – 9,3% та 13,1% відповідно (p<0,05).

Безумовними перевагами перкутанної нефростомії може вважатись коротша тривалість дренування, порівняно з стентуванням сечоводів (7±1 дів vs 14±1 дів, p<0,05) та відсутність необхідності у двох катетеризаціях сечового міхура задля встановлення і видалення дренажу.

Також до переваг перкутанного дренування сечових шляхів можна віднести можливість забору сечі на дослідження та контролю над діурезом з окремої ураженої нирки. У випадках обструкції дренажу перкутанну нефростому можна безперешкодно промити асептичним розчином та відновити пасаж сечі, тоді як при обструкції катетера-стента необхідна повторна реінтервенція із заміною останнього.

Висновки

1. Перкутанна нефростомія може вважатись ефективним методом дренивання верхніх сечовивідних шляхів у хворих з гострим обструктивним пієлонефритом, що забезпечує вищий технічний успіх (98,9% vs 92,6%, $p < 0,05$) та меншу частоту ускладнень (15,5% vs 28,6%, $p < 0,05$), порівняно з стентуванням сечоводів.

2. Із застосуванням універсального опитувальника SF-36 встановлено, що у групі перкутаної нефростомії спостерігалось зниження якості життя лише за показником соціального функціонування, в той час, коли у групі стентування хворі відзначали погіршення емоційного стану, рольового функціонування, підвищену інтенсивність болювих відчуттів, більше зниження настрою та, як наслідок, загальне зменшення життєвої активності.

3. У випадках наявності у хворого стриктур уретри та аномалій верхніх сечовивідних шляхів саме проведення перкутаної нефростомії забезпечує високий технічний успіх лікування.

Перспективи подальших досліджень

У наведеній роботі продемонстровано очевидні переваги перкутаної нефростомії, порівняно з стентуванням сечоводів у лікуванні хворих з гострим обструктивним пієлонефритом. Проте, на наш погляд, необхідна більша кількість досліджень з подібним дизайном і кінцевою метою та залученням значної кількості хворих, що дозволить визначити оптимальну стратегію лікування гострого обструктивного пієлонефриту та сформулювати покази до застосування кожної з обох малоінвазивних методик.

Література

1. Возіанов О. Ф. Оптимізація тактики ведення хворих на гострий пієлонефрит / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасечніков, Н. О. Сайдакова та ін. // Урологія. – 1998. – № 4. – С. 4-8.
2. Павлова Л. П. Основні показники урологічної допомоги в Україні за рік (відомче видання) / Л. П. Павлова, Н. О. Сайдакова, Л. М. Старцева. – К., 2002.
3. Пасечніков С. П. Застосування лефлюцину при лікуванні гострого пієлонефриту / С. П. Пасечніков, М. В. Мігченко // Містечтво лікування. – 2005. – № 4 (20) – С. 104-107.
4. Пасечніков С.П. Гострий пієлонефрит / С. П. Пасечніков, М.В. Мігченко // Журнал практичного лікаря. – 2005. – №3. – С.33-38.
5. Пасечніков С.П. Сучасний стан проблеми інфекції нирок та сечовивідних шляхів в Україні / С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, А.С. Глебов / Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – Одеса, 16-18 вересня 2010. – С. 72-74.
6. Пасечніков С.П. Застосування екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії у хворих на камені сечоводу, ускладнені гострим пієлонефритом / С. П. Пасечніков, Ю. І. Синишин // Урологія: матеріали конф. "Новітні технології в урології та андрології" (м. Київ, 19-20 вересня 2013 року). – 2013. – Т. 17. – № 2. – С. 95-96.
7. Руденко А. В. Новые данные об этиологических факторах острого пиелонефрита / А. В. Руденко, С. П. Пасечников, Н. В. Митченко // Микробиологичний журнал. – 1997. – Т. 59. – № 5. – С. 34-41.
8. Шуляк О. В. Урологія : [підручник] / О. В. Шуляк, С. О. Возіанов, О. Б. Баніра. – Л., 2012. – 492 с.
9. Damiano R. Early and late complications of double pigtail Ureteral Stent. / R. Damiano, A. Oliva, C. Esposito et al. // Urol. Int. – 2002. – №69. – P. 136-140.
10. Dyer R.B. Complications of Ureteral Stent Placement. / R.B. Dyer, M.Y.Chen, R.J. Zagoria et al. // RadioGraphics. – 2002. – V. 22. – №5. – P. 1005-1022.
11. Goldsmith Z.G. Emergent ureteric stent vs percutaneous nephrostomy for obstructive urolithiasis with sepsis: patterns of use and outcomes from a 15-year experience / Z.G. Goldsmith, O. Oredein-McCoy, L. Gerber, et al. // BJU Int. – 2013. – №112(2). – P.122-128.
12. Jeon J.H. Empirical Use of Ciprofloxacin for Acute Uncomplicated Pyelonephritis Caused by Escherichia coli in Communities Where the Prevalence of Fluoroquinolone Resistance Is High. / J.H. Jeon, K.Kim, W.D. Han et al. // Antimicrob Agents Chemother Jun. –

2012. – №56(6). – P.3043-3046.

13. Hausegger K.A. Percutaneous nephrostomy and antegrade ureteral stenting: technique-indications/complications / K.A. Hausegger, H.R. Portugaller // Eur Radiol. – 2006. – №16. – P. 2016-2030.

14. Lee W. J. Emergency percutaneous nephrostomy: results and complications / W.J. Lee, U. Patel, S. Patel, G.P Pillari // J. Vasc. Interv. Radiol. – 1994. – №5. – P.135-139.

15. Mahmood R.D. Percutaneous Nephrostomy, in: Chronic Kidney Disease, Prof. Monika GuQz (Ed.) / R.D. Mahmood, L. Yizhi, M.L Tan // InTech. – 2012. – P. 297-314.

16. Memon N.A. Indications and complications of indwelling ureteral stenting at NMCH, NAWABSHAH / N.A. Memon, A.A. Talpur, J.M. Memon // Pakistan Journal of Surgery. – 2007. – №23(3). – P. 187-191.

17. Nawaz H. Experience with indwelling JJ Stents. / H. Nawaz, M. Hussain, A. Hashmi et al // J Pac Med Assoc. – 1993. – №43(8). – P 147-149.

18. Regalado S.P. Emergency Percutaneous Nephrostomy / S.P. Regalado// Semin Intervent Radiol. – 2006. – №23(3). – P. 287-294.

19. Saltzman B. Ureteral Stents: Indications, variations and complications / B. Saltzman // Urol Clin North Am. – 1988. – Vol. 15. – P. 481-491.

20. Singh I. Indwelling JJ ureteral stents-A current perspective and review of literature / I. Singh // Indian Journal of Surgery. – 2003. – Vol. 65. – №5. – P. 405-412.

21. Syed A.M. Frequency of complications in image guided percutaneous nephrostomy / A.M. Syed, M. Khalid, M.F. Syed et al. // J Pak Med Assoc. – 2013. – Vol. 63. – №7. – P. 816-820.

22. Ware J.E. Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J.E. Ware Jr, C.D. Sherbourne // Med Care. – 1992. – №30(6). – P. 473-483.

Бучок А.А.

Аспекти дренирования верхних мочевыводящих путей у больных острым обструктивным пиелонефритом

Закарпатская областная клиническая больница им. А.Новака, г. Ужгород

Резюме. Острый пиелонефрит считается распространенной в нашей стране урологической воспалительной патологией с тенденцией к росту уровня заболеваемости, требующей применения активной лечебной тактики. В случаях имеющейся обструкции верхних мочевыводящих путей возникает острый обструктивный пиелонефрит, при котором в комплекс лечебных мероприятий обязательно должна быть включена малоинвазивная методика, направленная на устранение обструкции. В настоящее время существует два метода ургентного восстановления пассажа мочи: чрескожная нефростомия (ПНС) и стентирование мочеточников. Целью данного исследования было сравнение эффективности и безопасности обоих указанных методик в лечении больных с острым обструктивным пиелонефритом.

На основе анализа историй болезни 373 больных было установлено, что технический успех ПНС и стентирования составил 98,9% и 92,6% соответственно ($p < 0,05$). Продолжительность дренирования мочевых путей в группе ПНС составляла 7 ± 1 суток, а в группе стентирования – 14 ± 1 сутку. Общая частота осложнений в результате ПНС составила 15,5%, тогда как этот показатель в группе стентирования составлял 28,6% ($p < 0,05$).

Подитожено, что чрескожная нефростомия может считаться эффективным методом дренирования верхних мочевыводящих путей у больных с острым обструктивным пиелонефритом, обеспечивающим более высокий технический успех (98,9% vs 92,6%, $p < 0,05$), меньшую частоту осложнений (15,5% vs 28,6%, $p < 0,05$) и лучшее качество жизни по сравнению с стентированием мочеточников.

Ключевые слова: острый обструктивный пиелонефрит, нефростомия, стентирование.

О.О. Бучок

Aspects of the Upper Urinary Tract Drainage in Patients with Acute Obstructive Pyelonephritis

Transcarpathian Regional Hospital named after A. Novak, Uzhhorod, Ukraine

Abstract. In Ukraine, acute pyelonephritis is considered to be a widespread urologic inflammatory pathology with a tendency to increase in morbidity rate requiring active treatment policy. Acute obstructive pyelonephritis arises if there is any existing obstruction of the upper urinary tract. Minimally invasive technique directed at

eliminating obstruction has to be included to treatment measures. Currently, there are two methods of urgent restoration of normal urinary flow: percutaneous nephrostomy (PNS) and ureteral stenting. The **objective** of this research was to compare the efficacy and safety of both techniques in the treatment of patients with acute obstructive pyelonephritis.

Having analyzed 373 patients' case histories, it has been established that technical success of PNS and stenting constituted 98.9% and 92.6%, respectively ($p < 0.05$). The duration of drainage of the urinary tract was 7 ± 1 days in PNS group and 14 ± 1 days in stenting group. General incidence of complications associated with PNS was 15.5%, while incidence of

complications associated with ureteral stenting was 28.6% ($p < 0.05$).

It has been concluded that percutaneous nephrostomy can be considered as an effective method of drainage of the upper urinary tract in patients with acute obstructive pyelonephritis providing higher technical success (98.9% vs. 92.6%, $p < 0.05$), lower incidence of complications (15.5% vs. 28.6%, $p < 0.05$) and better quality of life compared to ureteral stenting.

Keywords: acute obstructive pyelonephritis, nephrostomy, stenting.

Надійшла 09.02.2015 року.

УДК 616.12-008.313+616.36+615.273

Вакалюк І.П., Дранчак І.М.

Особливості перебігу постійної форми фібриляції передсердь у хворих із супутніми хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки на фоні тривалої варфаринотерапії

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

dr.irynadrapchak@gmail.com

Резюме. Метою дослідження було вивчення клінічного перебігу постійної форми фібриляції передсердь у хворих із супутніми хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки на фоні тривалої варфаринотерапії. У всіх досліджуваних, окрім скарг та особливостей клінічного перебігу недуги, оцінювали якість життя за спеціальним опитувальником «CLDQ» (Опитувальник оцінки якості життя при хронічних захворюваннях печінки). У осіб з ІХС, ускладненою ФП та хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки превалює симптоматика порушень з боку шлунково-кишкового тракту. Взаємне обтяження проявляється частішими скаргами на погане загальне самопочуття, зниження працездатності і сили та швидку втомлюваність. Такі особи також частіше мають порушення з боку психоемоційної сфери. У них достовірно частіше виявляються ознаки ускладненого перебігу обох патологій. Тривала варфаринотерапія частіше проявляється у такого контингенту хворих абдомінальним болем, симптомами декомпенсації функцій печінки та серця. Також такі особи гірше піддаються медикаментозному контролю в плані утримання в оптимальних рамках як частоти серцевих скорочень, так і артеріального тиску. Достовірно частіше у осіб з поєднанням таких патологій констатується погіршення якості життя.

Ключові слова: фібриляція передсердь, хронічні дифузні запальні захворювання печінки, коморбідність, варфаринотерапія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Фібриляція передсердь (ФП) – одне з найпоширеніших порушень ритму серця в клінічній практиці і одна з найчастіших причин госпіталізацій. Приблизно третина всіх звернень за медичною допомогою припадає на це порушення ритму. На сьогодні на цю недугу страждає близько 6 млн. європейців, і в наступні 25–30 років очікується збільшення їх кількості принаймні в два рази [3]. Фібриляція передсердь приблизно в п'ять разів збільшує ризик виникнення інсульту мозку і вдвічі – загальну смертність [13].

Незалежними факторами розвитку ФП є серцева недостатність, хвороби аортального та мітрального клапанів, артеріальна гіпертензія, збільшення розмірів лівого передсердя, а також ожиріння та обструктивного апное під час сну [8]. Ще одним фактором ризику є псоріаз, який у своїй важкій формі перебігу може у осіб молодших за 50 років

потроювати частоту виникнення цього захворювання [4]. Поширення ожиріння серед населення з 1980 по 2000 збільшило частоту виникнення ФП щонайменше на 60% у США [12].

Проте, недостатньо вивченими, а іноді й контрверсійними залишаються дані про кореляцію між різними клінічними паттернами аритмії та якістю життя хворих [6]. Так, аналіз результатів Канадського дослідження ФП показав істотне покращення якості життя хворих після початку лікування. Проте воно включало в основному осіб зі збереженою функцією лівого шлуночка [7]. Дослідження ж «Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management» (AFFIRM) не виявило суттєвої різниці у пацієнтів з різними стратегіями лікування (контроль частоти чи ритму) [10]. Незрозумілими залишаються і стани поєднання фібриляції передсердь з іншими недугами. Маловивченим є тривала антикоагулянтна терапія у таких пацієнтів, особливо на фоні різних форм коморбідності.

Мета дослідження: вивчення клінічного перебігу постійної форми фібриляції передсердь у хворих із супутніми хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки на фоні тривалої варфаринотерапії.

Матеріал і методи дослідження

Відбір пацієнтів в дослідження відбувався відповідно до критеріїв включення: вік від 18 до 75 років, згода пацієнта на участь у дослідженні та підписання ним наданої форми інформованої згоди, комплаєнс хворого, наявність клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв ішемічної хвороби серця (ІХС) та фібриляції передсердь (ФП) відповідно до протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». В дослідження були включені хворі з хронічною серцевою недостатністю, що сформувалась внаслідок гіпертонічної хвороби, ІХС та патології клапанів І-ІІБ стадій (згідно з класифікацією Українського товариства кардіологів (2000) та І-ІІІ функціональними класами (за Нью-Йоркською Асоціацією серця).

До критеріїв виключення були віднесені: хворі з гострим інфарктом міокарда, запальними захворюваннями оболонок серця, та пацієнти, що з різних причин не могли тривалий час вживати пероральні антикоагулянти. Наявність вірусного гепатиту В чи С,