

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Урология, 1957, 4. — 2. Акопян А. Б. Материалы к изучению патогенеза пиелонефрита. Автореф. канд. дисс., Л., 1965. — 3. Бумблис Д. С. Результаты хирургического и послеоперационного курортного лечения почечнокаменной болезни. Автореф. канд. дисс., Каунас, 1966. — 4. Гольдберг В. В. В кн.: Труды III Всесоюз. конф. урол. Тбилиси, 1958. Медгиз, 1960. — 5. Учугина А. Ф. Хронический пиелонефрит у больных нефроуретеролитиазом (диагностика, лечение, отдаленные результаты). Автореф. докт. дисс., Горький, 1972.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 616.6:312.2

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. Н. Ткачук, А. Э. Лукьянов

Урологическая клиника (зав. — проф. В. Н. Ткачук) 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова

Реферат. Проанализированы причины смерти при урологических заболеваниях по материалам клиники за 19 лет. Наиболее высокой была летальность в возрастной группе старше 60 лет. При опухолях мочевого пузыря показатель летальности составил 15,2%, при опухолях почек — 8,9%, аденоме предстательной железы — 6,5%, мочекаменной болезни — 2,6%. Основными причинами смерти при урологических заболеваниях являются уремия, эмболия легочной артерии и уросепсис.

Ключевые слова: урологические заболевания, смертность.

2 таблицы. Библиография: 6 названий.

Изучению летальности при урологических заболеваниях посвящены лишь единичные исследования [2, 3, 6]. В клинических работах, касающихся заболеваний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, вопросам танатогенеза почти не уделяется внимания. Между тем необходимость анализа причин смерти несомненна, так как его результаты могут помочь выработать более эффективные методы лечения и в конечном итоге наметить конкретные пути снижения летальности.

Нами проведен клинико-морфологический анализ причин смерти при урологических заболеваниях по материалам урологической клиники 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова за 1959—1977 гг. За этот период летальность составила 2,8% — из 18 624 находившихся в клинике на лечении больных умерли 530 (мужчин — 404, или 76,2%, женщин — 126, или 23,8%, соотношение 3,2 : 1). Наибольшая летальность при урологических заболеваниях приходится на возрастную группу старше 60 лет — 406 (76,6%) человек. При опухолях мочевого пузыря она составила 15,2%, при опухолях почек — 8,9, аденоме предстательной железы — 6,5%. При других урологических заболеваниях летальность была значительно ниже.

Из 3494 больных аденомой предстательной железы умерло 227, или 6,5% (см. табл. 1). Оперировано 2795 (80%) больных, в послеоперационном периоде умерло 182 (6,5%). При аденоме предстательной железы выполнялись следующие операции: одномоментная чрезузверная аденомэктомия — у 1174 (42%) больных, цистостомия — у 1006 (36%), второй этап аденомэктомии — у 615 (22%). После одномоментной чрезузверной аденомэктомии смертельный исход наступил у 5,1% больных, после второго этапа аденомэктомии — у 3,4%, после наложения надлобкового мочевого свища — у 10%. Причиной высокой летальности после наложения надлобкового мочевого свища является позднее поступление больных в стационар при таких опасных осложнениях, как выраженная почечно-печеночная недостаточность, развившаяся на фоне обострения хронического пиелонефрита, уросепсис, сердечно-сосудистая недостаточность и др. По данным А. А. Греся и соавт. (1974) летальность после цистостомии у больных аденомой предстательной железы составила 10,5%.

Наиболее частой причиной смертельных исходов у больных аденомой предстательной железы в послеоперационном периоде была уремия (52,4%), развившаяся на фоне вторичного хронического пиелонефрита. Важно отметить, что 82 больным в связи с тяжелым общим состоянием было произведено лишь наложение надлобкового мочевого свища. Однако даже минимальная операция, выполненная по срочным показаниям, привела к обострению пиелонефрита и декомпенсации функции почек,

вплоть до развития уремии. А. А. Гресь и соавт., специально занимавшиеся изучением причин смерти после оперативного вмешательства у больных аденомой предстательной железы, также указывают, что среди причин летальных исходов в послеоперационном периоде на первом месте была уремия. Обострение пиелонефрита и хронической почечной недостаточности (ХПН) явилось причиной смерти и у 12 больных после одномоментной аденомэктомии. Перед операцией у них была выявлена компенсированная стадия ХПН, однако в послеоперационном периоде наступила декомпенсация функций почек, что и привело к летальному исходу. Все 12 больных этой группы длительно (свыше 5 лет) страдали аденомой предстательной железы и хронической неполной задержкой мочи, но от предлагавшегося оперативного вмешательства отказывались. На вскрытии найдены выраженные изменения паренхимы почки (деструкция и склероз почечной ткани).

Полученные данные доказывают необходимость своевременного выполнения оперативного вмешательства у больных аденомой предстательной железы.

Таблица 1

Причины смертельных исходов при аденоме предстательной железы

Причины смерти	Число умерших			%
	оперированных	неоперированных	всего	
Уремия	94	25	119	52,4
Эмболия легочной артерии . . .	45	5	50	22,0
Пневмония	16	8	24	10,6
Уросепсис	11	4	15	6,6
Сердечная недостаточность . . .	9	2	11	4,9
Перитонит	7	1	8	3,5
Итого	182	45	227	100

Частой причиной смерти у больных аденомой предстательной железы в послеоперационном периоде является тромбоэмболия легочной артерии. Мы отметили это осложнение у 50 больных. По материалам нашей клиники установлено [4], что одной из основных причин внутрисосудистого тромбообразования являются расстройства, происходящие в системе гемокоагуляции у больных аденомой предстательной железы в результате хронической почечной недостаточности. Анализ коагулограмм за 1—2 дня до смерти у больных, скончавшихся вследствие эмболии легочной артерии, показал, что у них в эти сроки значительно сокращалось время свертывания крови, уменьшалось время рекальцификации до 64 с, увеличивалась концентрация фибриногена сыворотки крови до 900 мг%, появлялся фибриноген Б; снижались ретракция кровавого сгустка до 60%, содержание фибринстабилизирующего фактора до 86%, число тромбоцитов до $125 \cdot 10^9$ в 1 л, уровень свободного гепарина до 5 с, фибринолитическая активность до 4,2%. Подобное состояние, при котором увеличена активность свертывающей системы крови с одновременным угнетением противосвертывающей и фибринолитической систем, расценивалось нами как предтромботическое. В дальнейшей нашей работе мы всем больным с зарегистрированным предтромботическим состоянием проводили активную антикоагулянтную терапию по следующей схеме: гепарин в дозе 5—10 тыс. внутривенно каждые 4 ч в течение 2 сут и фенилин по 0,03 г 3 раза в день под контролем протромбинового индекса и времени свертывания крови. Мы полагаем, что в процессе лечения протромбиновый индекс должен быть не выше 60% и не ниже 35%. Постепенно уменьшая дозу фенилина, мы к 18—20-м сут от начала лечения отменяли этот препарат. При лечении по указанной схеме ни у одного больного не было отмечено повышенной кровоточивости и не наблюдалось тромбозов и тромбоэмболических осложнений. Установление динамического контроля за состоянием гемокоагуляции после аденомэктомии при выявлении предтромботического состояния, проведение антикоагулянтной терапии снизили в клинике послеоперационную летальность эмболией легочной артерии со смертельным исходом, то в 1972—1974 гг. на 357 аденомэктомий — 4 (1,1%) [1].

Пневмония явилась причиной смерти у 24 больных аденомой предстательной железы, в том числе после операций — у 16 из них. У большинства больных (10) пневмония возникла на фоне сердечно-сосудистой недостаточности.

У 15 (6,6%) больных аденомой предстательной железы причиной смерти явился уросепсис, у 11 (4,9%) — острая сердечная недостаточность и у 8 (3,5%) — перитонит.

Необходимо отметить, что за последние 7 лет (1971—1977) нам удалось снизить послеоперационную летальность при аденоме предстательной железы до 1,9—3,4%. Это следует объяснить выполнением как ранней аденомэктомии, так и срочной аденомэктомии при поступлении больных с острой задержкой мочи; лечением в предоперационном периоде хронического пиелонефрита; тщательным контролем за состоянием гемокоагуляции до операции и в послеоперационном периоде; проведением неспецифической и специфической профилактики тромбоэмболий.

Из 2081 больного с мочекаменной болезнью умерло 55 (2,6%). У 21 из них были двусторонние камни почек и мочевыводящих путей, а у 8 — камни единственной почки. К моменту поступления в клинику анурия была у 19 больных, а олигурия — у 16. Хронический калькулезный пиелонефрит в сочетании с ХПН был диагностирован у всех больных, в том числе в стадии обострения — у 49 (89%). Как следует из приведенных данных, тяжесть состояния больных была обусловлена двусторонним процессом или наличием камня в единственной почке и тяжелыми осложнениями уролитиаза к моменту поступления в клинику (анурией, олигурией, обострением пиелонефрита с ХПН).

Хирургическому лечению подверглись 43 больных из 55 впоследствии умерших. Послеоперационная летальность составила 2,1%. Остальным 12 больным операции не были произведены: 8 из-за тяжести состояния и 4 вследствие отказа от операции. Из 43 оперированных у 35 вмешательства были выполнены в экстренном порядке (см. табл. 2).

Таблица 2

Причины смертельных исходов при мочекаменной болезни

Причины смерти	Число умерших				%
	после операции		без опера- ции	всего	
	экстренной	плановой			
Уремия	22	—	9	31	56,4
Уросепсис	8	1	2	11	20,0
Острая сердечно-сосудистая недо- статочность	1	4	—	5	9,1
Эмболия легочной артерии	2	2	1	5	9,1
Пневмония	2	1	—	3	5,4
Итого	35	8	12	55	100

При изучении историй болезней умерших больных оказалось, что летальные исходы при мочекаменной болезни были результатом поздней обращаемости и несвоевременного выявления больных, а также отсутствия активного диспансерного наблюдения за указанной группой больных.

За последние 7 лет летальность у больных мочекаменной болезнью значительно снизилась — до 0,5—1,0%, что объясняется расширением показаний к хирургическому удалению коралловидных камней почек, а также и небольших конкрементов, длительно находящихся в мочеточнике. Вместе с тем в клинике в последние годы были ограничены показания к лечебным и диагностическим катетеризациям мочеточников, особенно повторным, так как они являются наиболее частой причиной острого пиелонефрита и ухудшают состояние больного. При наличии олигоанурии, остром калькулезном пиелонефрите оперировать следует в первые же часы после поступления больного.

Из 1474 больных первичным острым пиелонефритом умер 21 (1,4%). Более высокой летальность была при вторичном остром пиелонефрите (при аденоме предста-

тельной железы и других урологических заболеваниях). Особенно больших цифр послеоперационная летальность достигала у больных острым пиелонефритом в возрасте старше 60 лет (20,4%), что связано с поздним распознаванием заболевания у лиц пожилого и старческого возраста из-за его атипичного течения, а также с выраженным нарушением функции почек и печени и несвоевременным выполнением вмешательства [5]. Так, у наблюдавшихся нами больных острым пиелонефритом в возрасте старше 60 лет ХПН была выявлена в 77%. Летальность среди больных острым пиелонефритом, оперированных в первые сутки от начала заболевания, в 6 раз ниже, чем при выполнении вмешательства спустя 72 часа от начала заболевания.

Из 247 больных, страдающих раком почки, умерло 22 (8,9%), из них было оперировано 15 (послеоперационная летальность—6,1%). Наиболее частыми причинами смерти при раке почки по нашим данным были раковая интоксикация (22,3%) и эмболия легочной артерии (18,2%). На эмболию легочной артерии как одну из наиболее частых причин смерти больных раком почки указывают Е. А. Дикштейн и Е. А. Влодавский (1978). Отмечено, что источником эмболии зачастую являются опухолевые тромбы, которые могут отрываться как спонтанно, так и во время операции. В связи с этим существенное значение для профилактики тромбоэмболий приобретает предварительное — до манипуляций на самой почке во время нефрэктомии по поводу рака почки — лигирование сосудов почечной ножки.

Из 303 больных с опухолями мочевого пузыря умерло 46 (15,2%), из них оперировано 26, послеоперационная летальность составила 8,6%. Причинами смерти являлась уремия (у 15 чел.), раковая интоксикация (у 12), пневмония (у 9), уросепсис (у 6), обильное кровотечение из мочевого пузыря и анемия (у 3), перитонит (у 1).

Из 1649 больных раком предстательной железы умерло 44 (2,7%), из 9376 больных с другими урологическими заболеваниями — 115 (1,2%).

Таким образом, основными причинами смерти при урологических заболеваниях являются уремия, эмболия легочной артерии и уросепсис. С учетом основных причин летальности при заболеваниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов профилактика возможных осложнений должна заключаться в своевременном выявлении заболеваний и их раннем оперативном лечении по показаниям, в рациональной терапии хронического пиелонефрита, предупреждении почечно-печеночной недостаточности, неспецифической и специфической профилактике тромбоэмболий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голощапов Е. Т. Состояние гемокоагуляции у больных аденомой предстательной железы и особенности гемостаза при аденомэктомии. Автореф. канд. дисс., Киев, 1978. — 2. Гресь А. А., Островский В. И., Бабицкий Г. С. Урол. и нефрол., 1974, 2. — 3. Дикштейн Е. А., Влодавский Е. А. Там же, 1978, 1. — 4. Ткачук В. Н., Голощапов Е. Т. Там же, 1976, 5. — 5. Ткачук В. Н., Вирон О. А. Там же, 1977, 5. — 6. Schmidt W., Naschek N., Kolfer K. Z. Urol., 1976, 69, 6.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 616.643—007—271—089

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Л. А. Кудрявцев, И. И. Борисов

Кафедра урологии и оперативной нефрологии (зав. — проф. Л. А. Кудрявцев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. У 10 больных в возрасте от 48 до 70 лет с поствоспалительными стриктурами уретры протяженностью от 12 до 16 см применено 3—4-этапное оперативное лечение, состоящее из комбинации метода Михаловского (для пениального отдела уретры), с операцией Йогансена (для других отделов). Отдаленные результаты проверены через 1—4 года. Мочепускание восстановлено у всех больных.

Ключевые слова: стриктура уретры, операции Йогансена и Михаловского. 2 иллюстрации. Библиография: 3 названия.

Исходя из положения, что пластические операции на уретре должны выполняться так, чтобы в дальнейшем функция органа приближалась к физиологической, мы придаем большое значение сохранению остатков уретерия, а вместе с ним и слизистых.