

Вафоева Н.А.,
Ташинова Л.Х.,
Камолов Н.М.,
Тоиров Э.С.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН**
Самаркандский государственный медицинский институт

Хронический пиелонефрит (ХП) – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек. Заболеваемость хроническим пиелонефритом составляет 15-20 случаев в год на 100 000 населения, распространённость среди госпитализированных больных - 73 случая на 100 000 пациентов (4). Пиелонефрит занимает второе место по частоте после острых респираторных заболеваний, первое место в структуре патологии почек (1) и чаще регистрируется у женщин трудоспособного возраста (2, 3).

Факторами риска или предрасполагающими факторами ХП принято считать, обструкцию мочевыводящих путей, блокирующее выделение мочи, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, различные аномалии развития мочевыводящих путей с нарушением оттока мочи, беременность, наличие конкрементов, катетеризацию мочевого пузыря, сахарный диабет, женский пол и пожилой возраст.

Пиелонефрит у женщин является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Более высокая заболеваемость пиелонефритом у девочек и женщин обусловлена анатомо-физиологическими особенностями женского организма. Большая распространенность хронического пиелонефрита, частые обострения заболевания, осложнения у женщин детородного возраста сказываются на показатели их общей заболеваемости, продолжительности жизни и репродуктивной функции. Все это определяет социальную значимость проблемы хронического пиелонефрита у женщин.

Цель работы: изучение особенности клиники, развития и течения хронического пиелонефрита у женщин.

Материалы и методы: Были обследованы 34 больных хроническим пиелонефритом женского пола в возрасте 17-60 лет (в среднем $34,9 \pm 3,4$ года), продолжительность заболевания 1-25 лет (в среднем $5,6 \pm 2,2$ года). Основной процент обследованных проживали в сельской местности (24 пациентки, 71,0%). Замужние составили 82,0% (28 женщин), не замужние – 18% (6 девочек). Среди всех больных преобладали домохозяйки – 14 пациенток (40,0%). Интеллектуальным трудом занимались: студентки (6 пациенток, 18%), воспитатели (2 пациентки, 6%) и учительницы (4 пациентки, 12%). Швея (1 больная, 3%), медсестра (1 больная, 3%) и продавщицы (2 больных, 6%) составили группу больных физического труда, 4 пациентки (12,0%) были пенсионерами.

Всем больным была заполнена унифицированная карта обследования, в которой содержались паспортные данные, жалобы больного, данные анамнеза болезни и жизни. В протокол обследования включались данные физикального обследования, лабораторные анализы и результаты инструментальных исследований. Для верификации диагноза была использована классификация, предложенная Н.А. Лопаткиным и соавт (1992), которая предусматривает первичность или вторичность пиелонефрита, локализацию воспалительного процесса, фаз заболевания и активность воспалительного процесса. Статистическая обработка цифровых данных была проведена на персональном компьютере P-IV с использованием программных пакетов StatGraf.

Результаты и обсуждение: Среди всех пациенток у 56,0% больных была диагностирована рецидивирующая, у 15,0% больных - анемическая, у 15,0% больных - гипертоническая и у 9,0% больных - септическая форма заболевания. По возрасту рецидивирующая и анемическая форма ХП регистрировалась во всех возрастных контингентах, гипертоническая форма – чаще у пациенток в возрасте 40-50 лет, септическая форма - свыше 50 лет.

Клиническая картина рецидивирующей формы характеризовалась умеренными симптомами интоксикации, субфебрильной лихорадкой, умеренными болями, дизурическими расстройствами. Очень часто такую форму пиелонефрита сопровождали признаки цистита. Наиболее частыми симптомами были недомогание, слабость, выраженная усталость и вечерние повышение температуры тела (обычно в пределах $37,5-38^{\circ}\text{C}$). Боль в области почек имел тупой харак-

тер и протекал длительно, были характерны повышенная потливость, головные боли и сердцебиение.

Анемическая форма пиелонефрита протекает в виде анемии. Боль в поясничной области и дизурические расстройства отмечалось не всегда, температура не характерна. Клинические признаки гипертонической формы пиелонефрита напоминало клинические симптомы хронического гломерулонефрита. Однако в отличие от последнего, при пиелонефрите было характерно частое и болезненное мочеиспускание и боли в области поясницы. Септическая форма сопровождалась высокой температурой, ознобом, выраженными дизурическими расстройствами и болями в поясничной области. Отмечались бледность кожных покровов, тахикардия.

Основное число больных с рецидивирующей и анемической формой ХП были с продолжительностью заболевания до 5 лет (58,0 и 83,3%). Это было обусловлено связью этой формы заболевания с послеродовым периодом и послеродовой анемией. Гипертоническая и септическая форма заболевания в основном, была констатирована при длительности заболевания более 5 лет.

Из лабораторных показателей у всех больных женщин была обнаружена анемия гипохромного типа (цветной показатель в среднем составил $0,7 \pm 0,6$): у 76,5% больных - средняя степень, у 23,5% больных - тяжелая степень. Степень анемии была наиболее выражена при анемической форме заболевания. У 47,0% больных отмечено повышение уровня креатинина (в среднем $166,0 \pm 10,5$ мкмоль/л), наиболее часто при септической и гипертонической форме заболевания.

Ультразвуковое исследование почек дало возможность у 91,1% больных выявить изменения различного характера: у 58,8% больных увеличение размеров почек и частичная деформация или изменения чашечно-лоханочной системы, у 32,3% - признаки «сморщивания почек» и деформации чашечно-лоханочной системы. Среди всех пациентов с уменьшенными размерами почек наиболее часто были выявлены гипертоническая и анемическая форма патологии.

Наличие белка в моче - протеинурия было обнаружено у 61,8% пациентов: у 32,4% больных содержание белка в моче составило 0,066 г/л, у 29,4% больных - 0,099 г/л и у 8,9% больных - 0,132 г/л. Протеинурия наиболее часто диагностировалась среди больных с анемической, гипертонической и септической формой заболевания. При рецидивирующей форме у большинства больных наблюдалась низкая степень протеинурии. Также в моче осадке у 91,1% больных обнаружено наличие лейкоцитов, у 8,9% - цилиндров (1-2 в поле зрения), у 70,6% - наличие слизи, у 58,8% - бактерии, у 73,5% - соли оксалатовой кислоты и у 26,5% - соли фосфорной кислоты.

Лейкоцитурия, пиурия и бактериурия больше всего было характерно для больных септической и рецидивирующей формой, единичные гиалиновые цилиндры, измененные эритроциты, соли оксалатовой и фосфорной кислоты - анемической и гипертонической формой заболевания. Наличие никтурии и гипостенурии (в пробе Зимницкого) было характерно для больных с гипертонической, анемической и септической формой заболевания.

В литературе приведены индивидуальные факторы риска развития пиелонефрита для характеристики особенностей его течения у конкретного больного. При этом большое внимание уделяется отягощенному акушерскому анамнезу, патологическим течениям беременности, наличию профессиональных вредностей, вредным привычкам, неблагоприятным экологическим факторам места проживания. По данным литературы осложненное течение родов, заболевания мочевой системы, частые острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции, наличие хронических очагов инфекции, функциональные и органические нарушения со стороны ЖКТ, рецидивирующие кишечные инфекции, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет влечет за собой развитие хронического пиелонефрита, так же как и переохлаждение.

В наших исследованиях, со слов больных следующие плохие жилищно-бытовые условия способствовали развитию ХП: отсутствие природного газа, неудовлетворительное состояние туалета (76,0%). Из опрошенных гигиенической туалетной бумагой пользовались только 29,0% женщин, остальные 71,0% женщин использовали разный материал (газета, глина и т.д.).

По нашим данным хронический эндометрит (29,4%), киста яичников (5,8%) являются фоновыми заболеваниями ХП. Хронический эндометрит часто сопутствует рецидивирующей форме заболевания. Перенесенные те или иные операции на матке и ее придатках: продувание маточных труб, удаление кисты яичника, ампутация матки также являются важными факто-

рами риска ХП у женщин. Из заболеваний мочевыводящих путей самым частым фоновым заболеванием при пиелонефрите у женщин является хронический цистит (70,6%). Наличие конкрементов в мочевом пузыре и мочекаменная болезнь является вторым по частоте при ХП и встречается у 17,6% больных. Частота аномалий развития почек (единственная почка, гидронефроз, гипоплазия, пиелэктазия) при ХП достигло 14,7%.

Повышение АД во время беременности (32,4%), отеки нижних конечностях (29,4%), прерывание беременности выкидышами (26,5%), антенатальная гибель плода (20,6%), являются акушерско-гинекологическими факторами развития ХП у женщин. Расстройства менструального цикла в виде обильных или скудных менструаций, нарушения регулярности циклов и болезненности во время циклов выявляется у 53,0% больных.

Таким образом, пиелонефрит является одним из частых и тяжелых заболеваний у женщин. Более высокая заболеваемость пиелонефритом у девочек и женщин обусловлена анатомо-физиологическими особенностями женского организма. Наиболее значимыми факторами риска развития инфекций мочевых путей являются рефлюксы на различных уровнях, дисфункция мочевого пузыря, мочекаменная болезнь, опухоли мочевых путей, нефроптоз, аномалии развития почек и мочевых путей и беременность.

Акушерско-гинекологические факторы, заболевания генитальных органов, плохие жилищно-бытовые условия, незнание приемов личной гигиены, наличие хронических заболеваний, в том числе очаговой инфекции являются большими факторами, приводящими к хроническому пиелонефриту.

Большая распространенность хронического пиелонефрита, его обострения, осложнения у женщин детородного возраста сказываются на их репродуктивной функции и являются причиной рождения детей, предрасположенных к заболеваниям почек. Все это определяет огромную социальную значимость проблемы хронического пиелонефрита – его лечения и профилактики.

Использованная литература

1. Захарова Н.Б., Хвостова Н.В., Шведова Р.Ф. Значение повреждения белкового и липидного состава эритроцитных мембран в развитии снижения текучих свойств крови при экстремальных состояниях. Вопросы медицинской химии 1991; №1: С. 53-56.
2. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. Москва. Медицина, 1993. С.239
3. Лопаткин Н.А. Хронический пиелонефрит. Материалы пленума правления Всероссийского общества урологов. Екатеринбург, 1996: С 107-125
4. Сидоренко С. В., Иванов Д. В. Результаты изучения распространения антибиотикорезистентности среди возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей в Москве. Антибиотики и химиотерапия, 2005; №1. С. 3-10