

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Проф. Г. П. Шульцев, В. И. Бурцев

*4-я кафедра терапии Центрального ордена Ленина института
усовершенствования врачей*

Хронический пиелонефрит до настоящего времени изучается преимущественно урологами.

В крупной многопрофильной больнице пациенты с различными формами пиелонефритов встречаются достаточно часто как в урологических, так и в терапевтических отделениях.

В 1971—1972 гг. в терапевтическом отделении ЦКБ № 1 МПС было 134 больных хроническим пиелонефритом: 62 с первичным и 72 со вторичным. Односторонний процесс был у 59 чел., двусторонний — у 75. Повышение АД выявлено у 64 больных. Пиелонефрит без почечной недостаточности был у 108 чел. и с почечной недостаточностью — у 26.

Таким образом, почти одинаково часто наблюдался как первичный (не связанный с урологическим заболеванием), так и вторичный (чаще всего на почве почечнокаменной болезни) хронический пиелонефрит. По отношению ко всем больным терапевтического отделения пациенты с хроническим пиелонефритом составили 5,6%.

При бактериологических посевах мочи кишечная палочка высевалась 89 раз, вульгарный протей — 6 раз, энтерококк — 10, стафилококк — 7, смешанная флора — 18 раз.

В 24% посев был стерильным, и речь могла идти о так называемом абактериальном пиелонефрите или об абактериальной фазе процесса. Однако при посеве на обогащенную среду процент высева бактериальной флоры увеличивается. Применение специальной среды, содержащей ацетат таллия, подавляющий рост микрофлоры, позволяет выделить в латентной стадии и в ремиссии процесса L-формы бактерий.

Продолжительное наблюдение за L-формами установило способность их реверсировать в исходную форму бактерий. Важно указать, что реверсия происходит как в кишечную палочку, так и в другие исходные микробы. Следовательно, при пиелонефрите в фазе клинической ремиссии наблюдается образование L-форм бактерий, которые при обострении процесса могут реверсировать в бактериальные формы; не исключено, что само обострение в какой-то мере связано с динамикой форм бактериальной флоры.

У некоторых больных обнаруженные L-формы бактерий продолжают пассивироваться без процесса реверсии (стабильные L-формы). Выявлены их патогенные свойства и лекарственная резистентность. Стабильные L-формы бактерий по некоторым признакам сходны с микоплазмами. Учитывая это, а также данные литературы о возможности микоплазменной инфекции при пиелонефритах, мы произвели специальные посевы мочи, позволившие выявить в моче у ряда больных микоплазмы.

Все эти факты свидетельствуют, что при хроническом пиелонефрите главенствует граммотрицательная форма с возможной трансформацией ее, а также обнаруживается и микоплазменная инфекция, т. е. флора, наиболее устойчивая ко многим химиопрепаратам и обуславливающая затяжное, а часто — и рецидивирующее течение.

Клиническая характеристика хронического пиелонефрита весьма многообразна по формам и типам течения, осложнениям, исходам. На

основании клинических и лабораторных данных можно выделить (как при ревматизме) три степени активности: малую (I), среднюю (II) и наибольшую (III). Степени хронического пиелонефрита показаны в табл. 1.

Таблица 1

Критерии активности хронического пиелонефрита

Показатели активности	Фаза пиелонефрита			
	ремиссия	активная I	активная II	активная III
Клинические симптомы:				
т	—	субфебрильная	до 38°	38°
озноб	—	+	+	++
дизурия	—	—	+	++
Объективные данные:				
симптом Пастернацкого	—	—	+	++
АД	N	N	150/100	> 150/100
Анализ мочи:				
бактериурия	до 10 тыс.	до 100 тыс.	> 100 тыс.	> 100 тыс.
лейкоцитурия	до 4 тыс.	до 10 тыс.	до 50 тыс.	> 50 тыс.
активные лейкоциты, %	—	до 10	15—30	> 30
Анализ крови:				
лейкоцитоз	—	—	+	++
биохимические показатели (α ₂ -глобулины, С-белок, фибрин)	—	умеренно повышены	повышены	значительно повышены
Функциональное состояние почек:				
максимальный удельный вес	1020 и больше	1020 и меньше	< 1020	< 1020
данные изотопной ренографии	N	N	изменения умеренные	изменения выраженные
ХПН	—	—	—	+

Следует отметить, что разделение пиелонефрита по степеням активности условно. В основу разделения мы положили общие клинические субъективные и объективные симптомы, величину бактериурии, изменения осадка мочи и функциональные нарушения почек. Выделенные степени активности должны быть обсуждены и апробированы в лечебных учреждениях.

Хронический пиелонефрит — отнюдь не местное заболевание почек. Раздражение нервных окончаний при глубоком и длительном воспалении у больных, особенно у женщин, сопровождается поражением нервной системы на различных уровнях. Было установлено, что при хронических пиелонефритах возникают отклонения на электроэнцефалограмме: основные ритмы ЭЭГ отсутствуют, доминирует медленная активность — тета- и дельта-волны, максимальная амплитуда волн достигает 80 мкв; на этом фоне регистрируются билатерально синхронные разряды высокоамплитудных (до 100 мкв) волн частотой 2—4 гц. Вовлекаются в процесс стволовые отделы и мозжечок, а также периферические нервы. В соответствии с этим у больных наблюдаются синдромы астении и неврозов, упорные фиксированные болевые ощущения не только в поясничной области, но и в животе (не по типу колик), нарушения сосудистого характера, а также проявления вторич-

ных радикулоневритов конечностей (табл. 2). Весьма значительно меняется и психологическое состояние больных с хроническим пиелонефритом.

Т а б л и ц а 2
Поражения нервной системы у больных
хроническим пиелонефритом

Неврологические синдромы	Частота, %
I. Энцефалопатия:	
1) стволые синдромы . . .	47
2) мозжечковый синдром . .	16
3) корковые синдромы . . .	10
4) диэнцефальный синдром . .	6
II. Миелопатия	4
III. Радикулярный синдром	22

Диагностика пиелонефрита, помимо общеизвестных методов и средств, включает более специальные радиоизотопные методы, например, скеннирование, сцинтиграфию с помощью гаммакамеры и др. Эти методы позволяют более детально оценивать степень поражения почечных структур, их равномерность, стороны поражения и т. д. Определенную пользу оказывает термография, или тепловидение. Новый метод позволяет улавливать исходящее от воспаленной почки инфракрасное излучение.

Наиболее важны для практики вопросы лечения больных хроническим пиелонефритом. Кроме антибиотиков (подбираемых с учетом характера флоры и ее чувствительности к препарату, а также переносимости их) и депо-сульфаниламидов в нашей клинике широко апробированы новейшие нитрофураны: фурагин и солафур для перорального и внутривенного введения. Эти препараты особенно целесообразны при наиболее активном пиелонефрите. При меньшей активности более показаны невидграмон, 5-НОК, энтеросептол, левомицетин, эритромицин в случае стафилококкового генеза пиелонефрита. При всей ценности химиотерапии не следует пренебрегать лечением, направленным на усиление сопротивляемости организма. Для этих целей мы используем советский препарат продигиозан (бактериальный полисахарид), который усиливает реактивность организма и потенцирует действие химиопрепаратов. Может быть полезным, очевидно, и лизоцим, особенно при парентеральном его введении. Оба препарата получены в лаборатории академика З. В. Ермольевой. В отличие от продигиозана, лизоцим обладает и некоторым непосредственным противовоспалительным действием. При пиелонефритах в качестве симптоматической, а возможно, и некоторой патогенетической терапии важны физиотерапевтические воздействия на область почек. В нашей клинике впервые в медицинской практике применены небольшие, терапевтические дозы ультразвука (0,2—0,4 Вт на 1 см²) в импульсном режиме у больных с первичным пиелонефритом (Р. М. Ханукаева). В результате лечения ультразвуком у больных уменьшались неприятные болевые ощущения в области поясницы, понижалось АД, уменьшались бактериурия и лейкоцитурия (табл. 3). Не было отмечено ни усиления болей, ни почечной колики, ни нарастания протеинурии или появления макрогематурии. По-видимому, ультразвуковая терапия может найти место в комплексном лечении больных пиелонефритом.

**Влияние ультразвука на некоторые показатели
активности воспаления**

Показатели активности воспаления	% больных	
	до лечения	после лечения
Боли в поясничной области	90	26
Лейкоцитурия	68	32
Бактериурия	44	10
Повышение АД	40	10

Не менее важно при хронических пиелонефритах санаторно-курортное лечение. Опыт курортов Трускавец, Железноводск, Краинка, Березовские минеральные воды хорошо известен. Кроме того, исследованиями К. Л. Анджапаридзе установлен значительный лечебный эффект на грузинском курорте Саирме, особенно после операций на почках, при первичных, некалькулезных пиелонефритах единственной почки.

Следовало бы более популяризировать климатическое лечение больных хроническим некалькулезным и неврологическим пиелонефритом в условиях курорта Байрам-Али. Изучение этого вопроса (П. В. Чазлова) показывает, что часто (до 85%) удается у подобных больных с первичными хроническими пиелонефритами получить улучшение.

Таковы кратко некоторые вопросы изучения терапевтами этиологии, клиники, диагностики и лечения очень важного заболевания, каким является хронический пиелонефрит.

Поступила 13 декабря 1973 г.

УДК 616.611—002

ИЗУЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

М. Я. Ратнер, В. В. Серов

*Институт трансплантации органов и тканей АМН СССР
и кафедра патологической анатомии (зав. — проф. В. В. Серов)
I ММИ им. И. М. Сеченова*

В настоящее время предполагается, что расстройство почечных функций при компенсированном хроническом гломерулонефрите заключается в понижении клубочковой фильтрации и повышении почечного кровотока. Избирательным нарушениям канальцевых функций значения не придается. О непосредственном повреждении почечной функции, как известно, можно судить, лишь оценивая ее состояние в каждом действующем нефроне, то есть используя отношение показателя изучаемой функции к величине, характеризующей массу действующих нефронов (МДН). Данные о состоянии клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите, выявленные таким путем, основаны на немногочисленных наблюдениях, противоречивы и не позволяют считать неоспоримым непосредственное повреждение клубочковой фильтрации в каждом действующем нефроне.

Ввиду неминуемого при хроническом гломерулонефрите понижения МДН, для оценки почечной дисфункции целесообразно применять 2 параметра: степень сохранности массы действующих нефронов и состояние тех или иных функций в среднем в каждом из действующих нефронов. Мы проследили у больных хроническим компенсированным