

© А.Г.Кучер, И.Г.Каюков, 2005
УДК 616.61-002.3-07

А.Г. Кучер, И.Г. Каюков

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

A.G. Kucher, I.G. Kayukov

CERTAIN PROBLEMS OF DIAGNOSIS OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

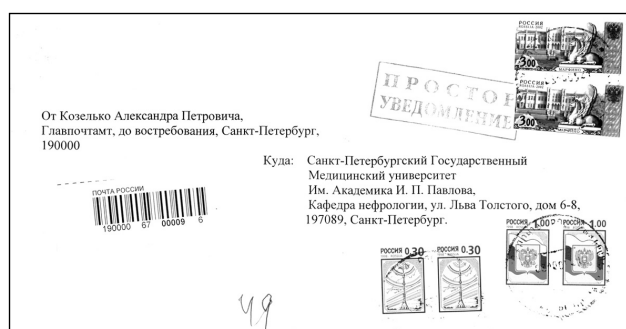
Научно-исследовательский институт нефрологии, кафедра нефрологии и диализа Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, диагностика, экспертиза.

Key words: chronic pyelonephritis, diagnosis, examination.

Вопрос:

Спрашивает врач частной практики Козелько Александр Петрович.



В процессе оказания платных медицинских услуг населению я как лечащий врач получаю многочисленные вопросы от молодых пациентов-мужчин, проходящих медицинское освидетельствование в районных военных комиссариатах (РВК) с целью определения категории годности к военной службе. Требования к состоянию здоровья данной категории пациентов, являющиеся критерием определения степени их годности к военной службе, изложены в «Расписании болезней» (Приложение к «Положению о военно-врачебной экспертизе», утвержденное ПП РФ №123 от 25 февраля 2003 г.). Отдельные положения этого документа, на мой взгляд, содержат недостаточно ясные формулировки, что является причиной излишне вольного толкования медицинских документов моих пациентов, привлеченными РВК врачами к проведению медицинского освидетельствования.

В связи с настоятельными просьбами указанной категории пациентов и их родственников, во избежание недоразумений и недопонимания мною

узких областей знания в урологии и нефрологии прошу ответить на следующие вопросы:

1. Является ли нарушение выделительной функции почки (любой степени выраженности) состоянием, тождественным хроническому пиелонефриту?

2. Как соотносятся между собой нарушение выделительной функции почки (любой степени выраженности) и хронический пиелонефрит (в любой его фазе) в логической структуре «причина-следствие»?

3. Какие группы патологических состояний почки могут сопровождаться нарушением выделительной функции почки?

Обращаю Ваше внимание на тот факт, что сформулированные вопросы не преследуют целей критики как «Расписания болезней», так и работы отдельных врачей-специалистов РВК, и не затрагивают напрямую методические аспекты военно-врачебной экспертизы. Ответы на поставленные вопросы могут быть использованы как аргументация при оформлении медицинских документов молодых пациентов-мужчин, проходящих процедуру медицинского освидетельствования.

Сообщаю, что трудозатраты, понесенные при формировании ответов на данные вопросы, будут оплачены в порядке, указанном Вами в ответном письме, и согласно тарифам, установленным в Вашем учреждении на консультации руководителей соответствующих подразделений согласно занимаемым ими должностям.

Письменный ответ на мое обращение прошу направить по адресу: 197000, СПб., Главпочтамт, до востребования, Козелько Александру Петровичу.

30.09.2005 г.

Ответ:

Отвечают заместитель директора Научно-исследовательского института нефрологии, доктор медицинских наук, профессор А.Г. Кучер и доктор медицинских наук, профессор кафедры нефрологии и диализа Санкт-Петербургского государственного медицинского университета И.Г. Каюков.

Глубокоуважаемый Александр Петрович!

В своем письме Вы задали по сути, не три, а гораздо больше очень сложных вопросов. Многие из них не имеют однозначных ответов на современном уровне развития нефрологии. С этим, в частности, Вы и сталкиваетесь в своей реальной практике. Вряд ли и мы сумеем полностью снять эту проблему.

Тем не менее, затронутая Вами тема чрезвычайно важна, а поставленные вопросы, на наш взгляд, могут иметь значение не только для Вас, но и для многих других практических врачей (нефрологов и не нефрологов). Поэтому мы предпочли дать ответ, хотя и поневоле весьма краткий, на страницах журнала «Нефрология».

Мы не будем оценивать «Положение о военно-врачебной экспертизе» и иные инструктивные документы, регламентирующие требования к состоянию здоровья призывников. Поэтому данный ответ отражает только наше личное мнение, подкрепленное как собственным опытом, так и известными нам сведениями из специальной нефрологической литературы.

Следует также иметь в виду, что представления о хроническом пиелонефрите за последние годы существенно изменились. Тем не менее, единой концепции данного заболевания в настоящее время, к сожалению, не существует [1–3]. Многие специалисты руководствуются разными представлениями и положениями. При этом точка зрения лечащих врачей может не совпадать с точкой зрения врачей-экспертов.

Во-первых, Вы не определили, о каком конкретно варианте хронического пиелонефрита идет речь. По крайней мере, стоит учитывать, что он бывает, как минимум, первичным и вторичным. Вторичный возникает на фоне какой-либо патологии почек или мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, аномалии развития почки, обструкции мочевыводящих путей разной этиологии, пузырно-мочеточникового рефлюкса и т.д.) или экстраренальных заболеваний (например, сахарный диабет). Однако из контекста Вашего письма можно предположить, что речь может идти о первичном хроническом пиелонефрите. Поэтому все сказанное ниже относится только к данному заболеванию.

Заметим также, что многие авторитетные специалисты считают первичный хронический пиелонефрит довольно редкой болезнью [2], и мы согласны с их мнением.

Во-вторых, почка выделяет огромное количество самых разных веществ, которые имеют принципиально различные механизмы транспорта на уровне структурно-функциональной единицы почечной ткани – нефрона. Поэтому, понятие какой-либо единой «выделительной функции почки» с современных позиций едва ли правомочно.

По первому вопросу. При хроническом пиелонефрите (как интерстициальном нефрите инфекционной природы) действительно иногда может уменьшаться выведение тех или иных субстанций, например, ионов водорода или электролитов. Однако на практике такие изменения значительной выраженности встречаются не часто, по крайней мере, пока не наблюдается значительного снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Изредка, вследствие повреждений канальцев и интерстиция почечной ткани почки пациентов с пиелонефритом могут не только уменьшать, но и увеличивать выведение некоторых веществ, например, калия. Отмеченные выше изменения (если они есть) могут помочь в установлении диагноза хронического пиелонефрита. Тем не менее, «нарушение выделительной функции почки (любой степени выраженности)» никак нельзя считать состоянием тождественным хроническому пиелонефриту.

Второй вопрос. В логической структуре «причина-следствие» причиной является именно пиелонефрит, как инфекционно-воспалительный процесс в ткани почек, который далее может привести к формированию, прежде всего, интерстициального фиброза, а затем и склероза клубочков. По мере нарастания процессов склерозирования в паренхиме почек нарушения «выделительной функции» в целом будут усугубляться, хотя у каждого пациента этот процесс может протекать по-своему.

Проще всего ответить на третий вопрос. Все «группы патологических состояний почек» могут сопровождаться (и, как правило, сопровождаются) теми или иными нарушениями «выделительной функции почки».

В заключение советовали бы Вам не оперировать достаточно неопределенным понятием «выделительная функция почки», а использовать повсеместно признанные критерии оценки функционального состояния этого органа. При этом основным должен считаться уровень уже упомянутой СКФ. СКФ может определяться либо по клиренсу креатинина (проба Реберга), либо более просты-

ми методами, основанными только на заборе пробы венозной крови, с последующим определением концентрации сывороточного креатинина и расчетом величины СКФ по специальным формулам, рекомендованным международными стандартами (формулы Коккрофта-Гальта, MDRD) [4]. Дополнительную информацию о функциональном состоянии почек у пациентов с пиелонефритом может дать серийное исследование относительной плотности (удельного веса) мочи, в частности, несомненно, известная Вам проба С.С. Зимницкого.

Более сложным и дорогостоящим методом исследования является динамическая сцинтиграфия почек, которая, тем не менее, может обогатить диагностику хронического пиелонефрита не только в топическом, но и в функциональном плане [1].

Спасибо за любезное предложение компенсировать трудозатраты на подготовку ответа на Ваше письмо, однако от него мы вынуждены отказаться.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов ИА. Пиелонефрит. В: Тареева ИЕ, ред. *Нефрология. Руководство для врачей*. Медицина, М., 2000; 383-399
2. Tolkoff-Rubin N, Cotran RS, Rubin RH. Urinary tract infection, pyelonephritis, and reflux nephropathy. In: Brenner BM, ed. *The kidney, 6-th edition*. Brenner&Rector's, Saunders, Philadelphia, 2000; 1449-1508
3. Шулутко БИ, Макаренко СВ. Тубулоинтерстициальные воспалительные заболевания почек. *Нефрология* 2004; 8(1): 89-97
4. Смирнов АВ, Есаян АМ, Каюков ИГ. Хроническая болезнь почек: на пути к единству представлений. *Нефрология* 2002; 6(4): 11-17

Поступила в редакцию 11.10.2005 г.