Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

Министерство здравоохранения Забайкальского края

**Государственное учреждение здравоохранения**

**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Коханского ул., д. 7, г. Чита, 672038 тел. 31-43-23, факс (302-2) 31-43-24

 Е-mail: okboffice@mail.ru

№181-0 «25» апреля 2016 г.

 Утверждаю

 Главный врач ГУЗ ККБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Шальнёв В.А.

**Информационное письмо**

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА**

***Доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, к.м.н. В.И. Малов***

***Ассистент кафедры терапии ФПК и ППС ЧГМА, к.м.н. Устинова Е.Е.,***

***Врач-ординатор отделения нефрологии Дагбаева Д.Б.,***

***главный внештатный нефролог Министерства здравоохранения***

***Забайкальского края, заведующая отделением нефрологии Е.Г. Батурина.***

##

**Хронический пиелонефрит** - неспецифическое микробное очаговое воспаление интерстициальной ткани почки и чашечно- лоханочной системы, нередко с вовлечением в последующем клубочков.

Частота заболеваемости в детском возрасте составляет 7,3-27,5 случая на 1000 населения, у взрослых – 0,82-1,46 случая на 1000 населения.

Хронический пиелонефрит в 50 % случаев является следствием острого процесса при недостаточном его лечении. В остальных случаях развивается постепенно, начиная с детского возраста, без четких клинических симптомов.

Заболевание имеет рецидивирующее или латентное течение. Рецидивирующее течение по клинике похоже на острый пиелонефрит (внезапное начало с боли в поясничной области, повышения температуры тела до 39-400С с ознобами, нередко дизурия, общие проявления интоксикации). При латентном варианте клиника не выражена: тупые тянущие боли в поясничной области и общие неспецифические проявления (слабость, повышенная утомляемость, беспричинный субфебрилитет, гипохромная анемия, артериальная гипертензия). В период обострения клиническая картина аналогична острому пиелонефриту.

 Различают обструктивный и необструктивный пиелонефрит. В основе обструктивного лежат расстройства уродинамики (пузырно-мочеточниковый рефлюкс) и факторы механической закупорки верхних мочевых путей (конкременты, кровяные сгустки, воспалительный детрит, стриктура мочеточника или сдавление извне и др.). А необструктивный пиелонефрит возникает без предшествующих структурно-функциональных изменений в почках и мочевых путях и встречается у мальчиков и молодых мужчин крайне редко.

По распространению пиелонефрит может быть одно- двусторонним .

Диагностические критерии:

**1. Лабораторные данные:**

* **общий анализ мочи:**
* лейкоцитурия различной степени выраженности. Следует помнить, что она может отсутствовать на ранних стадиях острого пиелонефрита, а также при полной окклюзии мочевых путей;
* бактериурия (непостоянна, наиболее часто и значительна в периоды обострения);
* возможны микро и макрогематурия (на фоне почечной колики);
* протеинурия (обычно менее 1,0 г/сут или отсутствует);
* щелочная реакция мочи характерна при инфицировании видами Proteus, Klebsiella, Pseudomonas. Обычно реакция мочи кислая, но при длительном стоянии мочи выделяется аммиак и рН сдвигается в щелочную сторону. Поэтому хранить мочу до проведения анализа можно не более 1,5 часов;
* удельный вес утренней мочи здорового человека 1018 и более. При хроническом пиелонефрите поражается канальцевый аппарат почки и поэтому возможно снижение удельного веса мочи как в момент обострения, так и в ремиссии;
* **положительный нитритный тест**подтверждает хронический пиелонефрит, вызванный грамм-отрицательной флорой. При инфицировании кокковой флорой (стафилококки, энтерококки) нитритный тест всегда отрицательный.
* **проба Нечипоренко** уточняет наличие и степень выраженности лейкоцитурии и эритроцитурии.
* **посев мочи** проводится для определения достоверной бактериурии путем количественного определения бактерий в средней порции мочи, полученной при свободном мочеиспускании.Диагностически значимой бактериурией, согласно рекомендациям EUA, 2006-2007 г., считается показатель 104 КОЕ/мл. Следует помнить что, в норме моча в мочевом пузыре стерильна. Бактерии в моче появляютсяпри длительном стоянии мочи (размножение бактерий) или несоблюдении гигиенических условий сбора мочи (поступление бактерий с наружных половых органов).
* **биохимическое исследование сыворотки крови**: азотистые шлаки для определения функциональной способности почек.

**2. Инструментальные методы исследования:**

* **ультразвуковое исследование почек** при хроническом пиелонефрите позволяет выявить ассиметричность размеров почек, неровность и деформацию контура почки и толщину паренхимы, расширение и деформацию чашечно- лоханочной системы, огрубение контура чашечек.
* **рентгенологические методы исследования:** обзорный снимок мочевыводящих путей, экскреторная урография (при нормальном уровне креатинина крови) и компьютерная томография позволяют выявить изменения размеров и формы почек, их расположение, наличие конкрементов, аномалии развития почек и мочевыводящих путей, признаки нарушения оттока мочи (гидрокаликоз, пиелоэктазия, гидронефроз), отсутствие дыхательной подвижности почки на стороне поражения. На ранних стадиях пиелонефрита на рентгенограммах находят раздвигание чашечек, спазм их шеек и лоханки. На поздних стадиях воспаления появляются рубцово-склеротические изменения паренхимы почек. КТ и МРТ используются в сложных дифференциально диагностических случаях. Магнитно-резонансная томография дает возможность применения рентгенологического метода исследования при непереносимости контрастных йодистых препаратов.
* **радионуклидные методы** (ренография) позволяет идентифицировать функционирующую паренхиму, выявить пиелонефритически сморщенную почку.

Диагностика хронического пиелонефрита у лиц призывного возраста осуществляется по клиническим симптомам, результатам лабораторного и инструментального обследований. В случаях стертой клиники следует обращать внимание на данные амбулаторной карты пациента, где могут быть сведения о перенесенном остром пиелонефрите и последующем диспансерном наблюдении за ребенком. Даже наличие кратковременных эпизодов дизурии, субфебрилитета или изменений в моче, должны быть поводом для всестороннего обследования пациента.

Могут наблюдаться симптомы пузырно-мочетоничкового рефлюкса, проявляющегося почечной коликой с развитием в последующем рефлюкс нефропатии (нефросклероза). При выявлении лейкоцитурии, необходимо повторное исследование мочи с соблюдением гигиены половых органов, а также исключение инфекции нижних мочеполовых путей. При сохранении мочевого синдрома, и отсутствии анамнеза пиелонефрита, в обязательном порядке проводится осмотр врачом-дерматовенерологом и урологом.

Наличие только спастических признаков на урограммах, без клинико-лабораторных, анамнестических данных, не является поводом для диагностики хронического пиелонефрита.

Литература

1. Брашнов Д.Г. Болезни почек. Профилактика, диагностика, лечение : научное издание / Д.Г. Брашнов. – Ростов н/Д. : Феникс, 2013. – 187 с.
2. Михеев Н.Н., Данилов А.О. Хронический пиелонефрит, симптомы и лечение. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lekmed.ru/bolezni/mochepolovye-bolezni/pielonefrit.html>. (25 марта 2016).
3. Нефрология. Национальное руководство . Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 608 с.
4. Хронический пиелонефрит. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://www.transplantology.info/content/view/67/>. (25 марта 2016).
5. Хронический пиелонефрит у мужчин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vrachinfo.ru/hronicheski_pielonefrit_men>. (25 марта 2016).
6. **Хронический пиелонефрит. –** [Электронный ресурс]. – Режим доступа: **–**  <http://ophthalmologys.ru/pielonefrit/132-pielonefrit-u-muzhchin.html>. (25 марта 2016).
7. Что такое пиелонефрит? –. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://lekmed.ru/bolezni/mochepolovye-bolezni/pielonefrit.html>. (25 марта 2016).