

Проблемы урологии в нефрологии

Ю.Г. Аляев, Н.А. Мухин, Д.В. Кочетков

Урологическая клиника; клиника нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Urologic problems in nephrology

Yu.G. Alyaev, N.A. Mukhin, D.V. Kochetkov

Ключевые слова: урология, нефрология, маски, сочетания диагнозов.

Нами были проанализированы истории болезни большого количества пациентов с различными урологическими и нефрологическими заболеваниями и их сочетаниями. Так, например, из 3724 пациентов, которым при поступлении в нефрологический стационар был поставлен предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, у 8% (301 наблюдение) в дальнейшем выявилось какое-либо урологическое заболевание, а хронический гломерулонефрит не подтвержден. В 738 из 3209 наблюдений отмечено сочетание нефрологического (хронического гломерулонефрита) и урологического заболевания. При этом хронический гломерулонефрит как предварительный и окончательный диагноз наблюдался в 23%, таким образом, хронический гломерулонефрит практически у каждого 4-го пациента сочетается с одним из урологических заболеваний. В связи с этим мы выделили несколько групп наблюдений:

1-я группа: нефрологические маски урологических заболеваний. Пример: опухоль почки протекает под маской хронического гломерулонефрита.

2-я группа: сочетание урологического и нефрологического диагнозов. Пример: хронический гломерулонефрит сочетается с нефроптозом.

3-я группа: двойной сочетанный процесс. Пример: сосуществование хронического гломерулонефрита с пиелонефритом и нефроптозом или сочетание хронического гломерулонефрита, нефролитиаза и пиелонефрита.

4-я группа: диагнозы общего вида, которые не могут считаться окончательными и требуют уточнения, – пиелоктазия, гематурия неясного генеза, нарушение пуринового обмена, рецидивирующая инфекция мочевых путей и т. п.

5-я группа: урологические и андрологические осложнения лекарственной (цитостатической и стероидной) терапии нефрологических заболеваний. Примеры: развитие геморрагического цистита, возникновение бесплодия на фоне лечения цитостатиками, присоединение пиелонефрита на фоне терапии стероидами.

Выделение данных групп позволяет систематизировать различные сочетания урологических и нефрологических заболеваний.

We have evaluated the character and peculiarities of urologic diseases in patients with nephrological diagnoses and marked out several groups of combinations:

I group: nephrological masks of urologic diseases. Example: tumour of the kidney (haematuria) was primarily diagnosed as chronic glomerulonephritis.

II group: combination of urological and nephrological diagnoses. Example: chronic glomerulonephritis combined with nephroptosis.

III group: double combined process. Example: simultaneous coexistence of chronic glomerulonephritis with pyelonephritis and nephroptosis or – combination of chronic glomerulonephritis with pyelonephritis and nephrolithiasis.

IV group: general diagnoses which cannot be considered as final and demand precise definition – pyelocystitis, hematuria of unclear genesis, purine metabolism disturbances, recurrent urinary pathways infection and others.

V group: urologic and andrological complications of cytostatic or steroid therapy of nephrological diseases. Example: development of hemorrhagic cystitis, infertility in young men, pyelonephritis as an additional disorder.

Selection of these groups provides us with better evaluation of combination of urological disturbances and peculiarities of simultaneous diseases in patients with nephrological diagnoses.

Анализ литературы показал, что имеются лишь единичные сообщения о наблюдениях и описание случаев сочетания урологического и нефрологического заболеваний или течения урологического заболевания под маской нефрологического [5, 8, 16]. Наиболее широко изучена проблема сочетания хронического пи-

елонефрита и хронического гломерулонефрита. Этому вопросу посвящен ряд работ 70–80 гг. [1, 3, 10, 11, 15]. По данным разных авторов, частота комбинации хронического пиелонефрита и хронического гломерулонефрита составляет от 2,4 до 30% у больных нефрологического профиля. Вопросом диагностики сочетанного диффуз-

*Адрес для переписки: г. Москва, ул. Большая Пироговская, 2/б, урологическая клиника Московской медицинской академии
Телефон: 248-72-55, 8-903-624-24-56 (моб). Кочетков Дмитрий Владимирович*

ного поражения почек с различными заболеваниями других органов мочевой системы, по нашим данным, занимался только А.Н. Шпигель [12–14]. В последних работах 10-летней давности (90–91 гг.) автор отметил, что более ранних публикаций по этому вопросу он также не обнаружил. По его данным, более чем у 1/3 поступавших в нефрологический стационар больных были затем установлены недиагностированные урологические заболевания, расцененные ранее как диффузные поражения почек (ДПП). Также у значительного числа больных, несмотря на проводимое ранее обследование, не было распознано одновременное сосуществование ДПП и различных заболеваний других органов мочевой системы. В доступной нам зарубежной литературе и интернет-ресурсах мы также не обнаружили работ, посвященных этой проблеме.

С целью выяснения характера и особенностей урологических заболеваний у пациентов с нефрологическими диагнозами, мы проанализировали материал нефрологического отделения клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. И.М. Тареева и урологической клиники им. Р.М. Фронштейна ММА им. И.М. Сеченова.

Предварительно хотелось бы привести определения нескольких классических медицинских терминов [2, 4, 6, 9]:

Диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих названия болезней (травм), их формы, варианты течения и т. п. принятыми классификацией и номенклатурой болезней.

Предварительный диагноз – диагноз, формулируемый непосредственно при обращении больного за медицинской помощью на основании данных, полученных до начала систематического обследования. Необходим для разработки плана обследования и начальных этапов лечения.

Окончательный диагноз – диагноз, формулируемый при завершении обследования больного, а также в связи с выпиской или смертью.

Симптоматический диагноз – неполный диагноз, констатирующий лишь отдельные проявления болезни (например анемия, гемиплегия, гематурия).

Нозологический диагноз – диагноз, содержащий название болезни в терминах, предусмотренных принятыми классификацией и номенклатурой болезней.

Мы приводим анализ данных по диагностике урологических заболеваний у пациентов, поступающих в нефрологический стационар. За основу взято наиболее распространенное нефрологическое заболевание – хронический гломерулонефрит. На его примере показаны и проанализированы «маски» и «сочетания».

За последние 10 лет (10.1992–10.2002 гг.) обследовано 8052 пациента (табл. 1), из них:

- с предварительным диагнозом хронический гломерулонефрит (при поступлении) – 3724 пациента;
- с диагнозом хронический гломерулонефрит при поступлении и при выписке – 3209 пациентов.

Как видно из наших данных, только у 39,85% пациентов подтвердился диагноз: хронический гломерулонефрит. Это связано с гипердиагностикой пиелонефрита на догоспитальном уровне. Приводим последние данные по распространенности основных нефрологических заболеваний и особенности организации медицинской помощи нефрологическим больным в РФ [7]:

- хронический пиелонефрит и гломерулонефрит относятся к наиболее распространенным заболеваниям почек. Относительное количество больных хроническим пиелонефритом и гломерулонефритом среди общего числа нефрологических больных 39,1 и 33,2% соответственно;

– обращает внимание высокий процент больных хроническим пиелонефритом, находящихся на лечении у нефрологов, хотя это заболевание по сложившимся представлениям в большей степени относится к урологии. Причина этого в широкой распространенности данной болезни;

– хронический пиелонефрит составляет 15% от всех урологических заболеваний;

– цифры 39,1% и 15% не сравнимы, т. к. получены в результате использования разных классификаций (нефрологических и урологических заболеваний), содержащих различное количество нозологических форм;

– не существует единой системы и концепции помощи этим больным, что, безусловно, отражается на качестве лечения в целом;

– необходима дальнейшая интеграция нефрологических и урологических служб, с одной стороны, а с другой – их дальнейшая специализация. Целесообразно в большей степени ориентировать урологические клиники на лечение больных хроническим пиелонефритом.

Отсюда также вытекает несомненная актуальность

Таблица 1

Данные обследования пациентов в период с 1992 по 2002 гг.

Диагноз	Годы										
	1992–1993	1993–1994	1994–1995	1995–1996	1996–1997	1997–1998	1998–1999	1999–2000	2000–2001	2001–2002	Всего 1992–2002
Всего находилось в нефрологическом отделении в данном году	846	869	796	713	992	807	715	801	719	794	8052
С предварительным диагнозом хронический гломерулонефрит (при поступлении)	402	358	326	345	436	384	379	401	321	372	3724
С окончательным диагнозом хронический гломерулонефрит (при выписке)	388	341	332	334	409	349	361	369	304	368	3555
С диагнозом хронический гломерулонефрит при поступлении и при выписке	338	305	283	301	362	325	330	349	285	331	3209

поднятого вопроса, в подтверждение вышесказанного приводим наши данные.

Нефрологические маски урологических заболеваний

Под маской хронического гломерулонефрита как предварительного диагноза могут протекать следующие нозологические и симптоматические (общего вида) урологические диагнозы.

I. Окончательные нозологические урологические диагнозы:

- 1) хронический пиелонефрит – 67 наблюдений (I место по частоте);
 - 2) нефроптоз – 44 наблюдения (II);
 - 3) почечно-каменная болезнь (обнаружены камни в почках) – 38 (IV);
 - 4) хронический простатит – 27 наблюдений (VI);
 - 5) аномалии развития почек – 9 наблюдений (VII);
 - 6) киста почки – 5 наблюдений (X);
 - 7) гидронефроз – 4 наблюдения (XI);
 - 8) опухоль почки – 2 наблюдения (XIII).
- Всего: 196 наблюдений.

II. Окончательные симптоматические урологические диагнозы:

- 1) нарушение пуринового обмена (изолированное повышение уровня мочевой кислоты в крови и/или моче) – 39 наблюдений (III место по частоте);
 - 2) инфекция мочевых путей (рецидивирующая или однократная; наличие лейкоцитурии и бактериурии при отсутствии клинической картины) – 32 (V);
 - 3) гематурия неясного генеза – 6 наблюдений (4 макро-, 2 микро-) (VIII);
 - 4) оксалурия (стойкое наличие оксалатов в моче) – 6 наблюдений (IX);
 - 5) симптом Фролея – 4 наблюдения (XII).
- Всего: 87 наблюдений.

Прочее:

- 1–2–3 наблюдения поликистоза, хронического цистита, ДППЖ, туберкулеза мочеполовой системы.
- Всего: 18 наблюдений.

Всего нефрологических масок урологических заболеваний – 301, из них:

- с окончательным нозологическим диагнозом – 196;
- с окончательным симптоматическим диагнозом – 87;
- прочее (1–2 единичных наблюдения) – 18.

Примечание: данные приведены без учета двойных «масок» диагнозов (% их небольшой). Пример: хронический гломерулонефрит как предварительный диагноз, а хронический пиелонефрит и нефроптоз – окончательный диагноз.

Таким образом, 301 наблюдение нефрологических масок урологических заболеваний приходится на 3724 предварительных диагноза хронического гломерулонефрита, что составляет 8,083%. У каждого 12-го пациента, который поступает с предварительным диагнозом

хронический гломерулонефрит в нефрологический стационар, выявляется какое-либо урологическое заболевание, а хронический гломерулонефрит не подтверждается. В этом случае можно определить 2 вида масок: «истинные» и «ложные». «Истинные», которые характеризуются тем, что урологическое заболевание своей манифестацией и клиническими проявлениями маскировалось под нефрологическое, что заставило заподозрить нефрологическое заболевание и пропустить наличие урологического. Вторая разновидность масок – «ложные», т. е. когда отсутствовала связь между нефрологическим диагнозом при поступлении, который в последующем не подтверждался, и выявленным урологическим заболеванием. Причем проявления урологического заболевания не были связаны с теми, которые заставили заподозрить нефрологический диагноз. Примеры «истинных» масок: клинические проявления опухоли почки имитируют хронический гломерулонефрит, или осложненный нефроптоз протекает под маской хронического гломерулонефрита. Пример «ложной» маски: хронический гломерулонефрит не подтвержден, а выявлен хронический простатит, не связанный с входным диагнозом. Необходимо отметить, что «ложные» маски представляют большую часть.

Сочетания урологических и нефрологических диагнозов

Сочетания урологических и нефрологических окончательных диагнозов при предварительном нефрологическом диагнозе:

- 1) нарушение пуринового обмена – 158 наблюдений;
- 2) нефроптоз – 93 наблюдения;
- 3) хронический простатит – 92 наблюдения;
- 4) хронический пиелонефрит – 91 наблюдение;
- 5) почечно-каменная болезнь – 65 наблюдений;
- 6) инфекция мочевых путей – 55 наблюдений;
- 7) кисты почек – 41 наблюдение;
- 8) аномалии развития почек – 31 наблюдение;
- 9) подагра с поражением почек – 17 наблюдений;
- 10) симптом Фролея – 17 наблюдений;
- 11) постбиопсийная гематома – 13 наблюдений;
- 12) ДППЖ – 10 наблюдений;
- 13) оксалурия – 9 наблюдений;
- 14) поликистоз почек – 8 наблюдений;
- 15) опухоль почки – 4 наблюдения;
- 16) гидронефроз – 4 наблюдения;
- 17) варикоцеле – 4 наблюдения;
- 18) туберкулез мочеполовой системы – 4 наблюдения;
- 19) прочее: (1–2–3 наблюдения каждого) – всего 22 наблюдения.

Всего: 738 наблюдений (без учета двойных сочетаний).

Таким образом, на 3209 наблюдений хронического гломерулонефрита приходится 738 больных с сочетанным урологическим заболеванием, что составляет 23%. Отсюда следует, что хронический гломерулонефрит практически у каждого четвертого пациента сочетается с одним из урологических заболеваний. Причем пациентов с предварительным и нефрологическим, и урологическим диагнозом практически не было, т. е. когда фигурировал бы, например, хронический гломерулонефрит и хронический пиелонефрит при поступлении.

В результате на основании анализа нашего материала мы выделили несколько групп различных ситуаций.

1-я группа: пациент поступил с предварительным нефрологическим диагнозом. При обследовании нашли или заподозрили урологическое заболевание, а нефрологический диагноз не подтвердился. Выписан с окончательным урологическим диагнозом (**нефрологические маски урологических заболеваний**).

2-я группа: пациент поступил с нефрологическим предварительным диагнозом. При обследовании нефрологический диагноз подтвердился, и дополнительно выявлено или заподозрено урологическое заболевание. Выписан с окончательными нефрологическим и окончательным нозологическим и/или симптоматическим урологическим диагнозами (**сочетанное течение урологического и нефрологического заболеваний**). Возможно 2 варианта сосуществования этих заболеваний: когда урологическое заболевание наслаивается на нефрологическое и наоборот. Причем 1-е из возникших заболеваний может предрасполагать к возникновению второго и, таким образом, вести к сочетанному процессу. Очевидно, что сочетанное течение заболеваний будет менять их клиническую картину, усложнять диагностику, лечение и темпы прогрессирования каждого из заболеваний в результате их возможного взаимного влияния друг на друга. Пример: волчаночный нефрит (в рамках СКВ) сочетается с нефролитиазом или хронический гломерулонефрит сосуществует с гидронефрозом.

3-я группа: особая группа пациентов с двойным сочетанным процессом. Эту группу составили пациенты, которым наряду с нефрологическим диагнозом были поставлены два окончательных урологических диагноза (нозологические и симптоматические) одного органа или разных, т. е. имелся двойной сочетанный процесс. У таких пациентов будет наблюдаться ускорение сроков наступления ХПН. Пример: одновременное сосуществование хронического гломерулонефрита с пиелонефритом и нефроптозом или сочетание хронического гломерулонефрита, пиелонефрита и нефролитиаза.

4-я группа: диагнозы общего вида (симптоматические), которые не могут считаться окончательными и требуют уточнения: пиелозктазия, гематурия неясного генеза, нарушение пуринового обмена, рецидивирующая инфекция мочевых путей и т. п. Пиелозктазия – это не самостоятельное заболевание, а нарушение уродинамики, по-видимому, вследствие латентно протекающих диффузных поражений почек. Гематурия неясного генеза: для постановки подобного диагноза в нефроурологическом стационаре необходимо исключить все возможные известные нефрологические и урологические причины гематурии. Нарушение пуринового обмена клинически проявляется уратной нефропатией, поэтому необходимо, насколько это возможно, выявить причину и определить стадию уратной нефропатии. Рецидивирующая инфекция мочевых путей – в этом случае необходимо определить локализацию воспалительного очага в мочевых путях.

5-я группа: урологические и андрологические осложнения лекарственной (цитостатической или стероидной) терапии нефрологических заболеваний. Примеры: профузное кровотечение из стенки мочевого

пузыря при геморрагическом цистите у пациентки с гранулематозом Вегенера на фоне длительного лечения цитостатиками; недостаточность гонад с развитием бесплодия у молодых мужчин, длительно принимавших иммунодепрессанты; присоединение пиелонефрита при длительном использовании стероидной терапии.

Таким образом, выделение данных групп позволяет лучше представить структуру урологической патологии и особенности сочетания заболеваний у пациентов с нефрологическими диагнозами, а также требует проведения тщательного и полного урологического обследования. Направленный дифференциально-диагностический поиск в таких ситуациях поможет избежать ошибочной диагностики и своевременно установить истинную причину заболевания, так как это позволит определить особенности лечебной тактики в отношении таких групп пациентов.

Литература

1. *Арьева Е.М., Штигель А.Н.* Сочетание гломерулонефрита и пиелонефрита в нефрологической клинике. 1-й Всесоюз. съезд нефрологов. Минск, 1974; 218–219.
2. *Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Голочевская В.С.* и др. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребнева. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1989: 63–83.
3. *Волгина Г.В.* Сочетанные формы гломеруло- и пиелонефрита (клиника и гемодинамика): Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. (14.00.05). М., 1980: 19.
4. *Гребнев А.Л.* Пропедевтика внутренних болезней. М.: Медицина, 2001: 69–77.
5. *Коньшина Н.Ф., Рыков В.А., Лохно П.А.* Олигомеганефротическая гипоплазия почек, осложненная гломерулонефритом. Арх. патологии 1990; 52; 2: 69–72.
6. *Мухин Н.А., Моисеев В.С.* Основы клинической диагностики внутренних болезней (пропедевтика). М.: Медицина, 1997: 15–18.
7. *Поповкин Н.Н., Ненашева Н.П., Орлова Е.В., Носова Г.А.* Распространенность основных нефрологических заболеваний и особенности организации медицинской помощи нефрологическим больным в РФ. Актуальные вопросы урологии: Материалы юбилейной науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию клиники им. А.В. Вишневского. Казань: Медицина, 2000: 175–177.
8. *Семидоцкая Ж.Д., Яковцова А.Ф., Бильченко О.С., Сергеева Т.Н.* О случае сочетания хронического гломерулонефрита и пиелонефрита у больной с подковообразной почкой. Редкие заболевания в нефрологической клинике. Харьков, 1987: 16–18.
9. *Хэгллин Р.* Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Перевод с немецкого: Вельмина Н.П., Левицкого Э.Р., Меерзон Т.И., Моисеева В.С. М.: Триада-Х, 2001.
10. *Штигель А.Н.* Особенности течения сочетанных форм пиело- и гломерулонефрита. Терапевт. архив 1977; 49; 7: 30–34.
11. *Штигель А.Н.* Диагностическая ценность пункционной биопсии почки (по материалам анализа 2000 биопсий). Тер. архив 1980; 52; 7: 83–87.
12. *Штигель А.Н.* Невыдуманные ошибки диагностики известных диффузных поражений почек и их причины. Критические замечания. Собственные наблюдения. Терапевтический архив 1991; 63; 6: 126–131.
13. *Штигель А.Н.* Ошибки диагностики и их причины при выяснении этиологии моносимптомов в нефрологической клинике. Лекция. Терапевтический архив 1991; 63; 1: 124–129.
14. *Штигель А.Н.* Сочетание диффузных поражений почек с различными заболеваниями других органов мочевой системы (диагностика, особенности течения, исходы). Тер. архив 1990; 62; 6: 12–17.
15. *Ярошевский А.Я.* Клиническая нефрология Л., 1971: 389–420.
16. *Oya M., Hata M., Yoshioka K., Hayashi S., Tazaki H., Okada H., Konishi K.* Enucleation performed to treat renal cell carcinoma associated with chronic nephritis: a case report Hinyokika Kyo. 1991 Sep; 37 (9): 1041–1044.