

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

**СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

М. Б. БАБАНИНА

**Специфические и неспецифические заболевания
органов мочевой системы у больных, перенесших
нефрэктомия по поводу туберкулеза**

(14776 — фтизиатрия)

Диссертация написана на русском языке

АВТОРЕФЕРАТ

диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск, 1971

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

На правах рукописи

М. Б. БАБАНИНА

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА

(14776 — фтизиатрия)

Диссертация написана на русском языке

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск, 1971

Работа выполнена в Свердловском научно-исследовательском институте туберкулеза и фтизиоурологическом отделении Детского туберкулезного санатория № 1 г. Свердловска.

Научные руководители:

доктор медицинских наук **В. Д. Грунд**

кандидат медицинских наук **Г. Я. Векслер**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **В. М. Близнюк**;

кандидат медицинских наук, доцент **Л. В. Озерова**.

Учреждение, дающее отзыв: I Московский ордена Ленина медицинский институт.

Автореферат разослан «*28*» *марта* 1972 г.

Защита диссертации состоится «*28*» *апреля* 1972 г. на заседании клинического Ученого совета Свердловского государственного медицинского института (г. Свердловск, ул. Репина, 3).

С содержанием диссертации можно ознакомиться в библиотеке института по адресу: ул. Ермакова, 7.

Ученый секретарь Совета: доцент **З. М. Мельникова**.

Проблема больных с единственной после нефрэктомии почкой до настоящего времени остается актуальной.

Несмотря на значительные успехи антибактериальной терапии в клинике туберкулеза органов мочевой системы и расширения показаний к органосохраняющим и пластическим операциям на почках и мочевых путях, нефрэктомия на современном этапе все еще остается одной из наиболее распространенных операций при туберкулезе почек (А. М. Гаспарян, 1966; Т. П. Мочалова, 1969; Вильдбольц 1966 и др.).

Актуальность данной проблемы заключается в продолжающемся росте контингентов больных, перенесших нефрэктомию и сравнительно частым возникновением у них патологических процессов в единственной почке (А. Я. Пытель и С. Д. Голцгорский, 1970; А. Л. Шабад, 1971 и др.).

Вместе с тем, вопросы раннего распознавания заболеваний единственной почки изучены еще недостаточно. До настоящего времени одним из наиболее частых заболеваний органов мочевой системы у больных, перенесших нефрэктомию по поводу туберкулеза, является туберкулез оставшейся почки. Процент больных с туберкулезным поражением единственной почки, по данным различных авторов, колеблется в весьма больших пределах— от 6,1 до 46,5% (А. Г. Топчан и Т. П. Мочалова, 1957; В. Н. Ткачук и И. Г. Эрлх, 1967; Ласко и Баллинт, 1967). Изучение столь частой реактивации латентного туберкулеза в оставшейся почке отражено, между тем, лишь в единичных сообщениях.

В настоящее время большинство клиницистов пришло к единодушному мнению относительно функциональных поражений единственной почки в случаях ее заболевания. Однако в вопросе функционального состояния единственной, так называемой «здоровой» почки существуют принципиальные разногласия.

Согласно мнению одних авторов (И. И. Ахундов, 1964; Трус и Бергерхот, 1964 и др.), единственная «здоровая» почка полностью компенсирует функцию удаленной, тогда как другие (В. И. Шановал, 1965; С. Д. Голцгорский с соавт., 1967; Крон с соавт.,

1966 и др.) считают, что такую почку следует рассматривать как орган со скрытыми функциональными нарушениями.

Функциональное состояние печени у больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза, также изучено недостаточно (И. И. Ахундов, 1964; Д. С. Мураткиш, 1969). Сугавара (1961) в основном изучал некоторые стороны функциональной деятельности печени у больных туберкулезом почек вообще.

В вопросе о трудоспособности больных с поражением единственной почки имеются диаметрально противоположные мнения. Одни авторы считают возможным расширять трудовые рекомендации этим больным (В. В. Мазин, 1965), тогда как другие (В. И. Шаповал, 1965; А. Л. Шаширо, 1967) настроены менее оптимистично.

В литературе недостаточно отражены вопросы диспансерного наблюдения шад больными, перенесшими нефрэктомия по поводу туберкулеза.

В настоящей работе были поставлены следующие задачи:

1. Изучить функцию единственной почки и некоторые показатели функциональной способности печени у больных после нефрэктомии по поводу туберкулеза.

2. Уточнить особенности клинического течения специфических и неспецифических заболеваний единственной почки и причины их.

3. Изучить вопросы трудоспособности и трудоустройства больных с единственной почкой в различные после нефрэктомии сроки, и обобщить методику и результаты диспансерного наблюдения.

Материал и методы исследования

В основу работы было положено изучение состояния 140 больных, перенесших нефрэктомия в 1950—1967 гг. Больные находились на стационарном лечении и обследовании во фтизиоурологическом отделении Детского туберкулезного санатория № 1 г. Свердловска в период с 1962 по 1967 гг. 120 больных состоят на учете в урологических кабинетах городского и областного противотуберкулезных диспансеров.

Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. 68 % из них были в возрасте от 31 до 50 лет. Женщины составляли 58,5%. В первое пятилетие после нефрэктомии обследовано 62,9% (68) больных, во второе — 22,8% (32), через 10 и более лет — 14,3% (20) больных.

Из 140 больных 113 прослежены в динамике на протяжении от 1 до 16 лет после операции. Результаты диспансерного наблюдения обобщены у 137 больных.

На основании клинико-рентгенологических данных больные разделены на следующие группы: 1. С клинически «здоровой» единственной почкой — 75 (53,6%) больных. 2. С туберкулезом единст-

венной почки — 45 (32,2%). 3. С неспецифическим пиелонефритом — 17 (12,1%). 4. С заболеваниями культи мочеточника — 3 (2,1%) больных.

Состояние единственной почки было изучено с помощью следующих исследований: общего анализа мочи, посевов мочи на микробактерии туберкулеза (480 проб у 140 больных) и вторичную смешанную флору (280 проб у 106 больных), определения степени бактериурии (80 проб у 62 больных) и скрытой лейкоцитурии по методу Амбурже (64 пробы у 50 больных), определения клеток Штейнгеймера-Мальбина (у 22 больных).

Функция единственной почки, наряду с общепринятыми методами исследования (остаточный азот крови и проба Зимницкого), у 104 больных изучена по клиренсу эндогенного креатинина.

У этих же больных изучены были некоторые функциональные пробы печени (белковообразовательная, углеводная, антиоксидантная, пигментная и ферментативная). Белковообразовательная функция печени оценивалась при помощи протеинограмм, полученных методом электрофореза на бумаге (у 33 больных 42 определения) и методом высаливания белков крови с помощью нейтральных солей (у 60 больных 72 определения). У 76 (83 измерения) определялись белковые пробы (тимоловая, сулемовая, Вельтмана). Гликемические кривые после нагрузки глюкозой изучены у 64 больных (77 определений). Антиоксидантная функция печени оценивалась по пробе Кшика-Пытеля у 75 больных. Пигментообразовательная функция — по уровню содержания билирубина крови качественным (по ванден-Бергу) и количественным (по Ендраассиу) методами (у 74 больных). Ферментативная активность печени изучалась по содержанию в крови глютамино-аланиновой (у 70) и глютамино-аспарагиновой (у 50 больных) трансаминаз.

Функциональные пробы надпочечников включали пробу Торна (у 53) и изучение содержания 17—кетостероидов в суточной моче (у 32) методом Дрекера в модификации Н. А. Юдаева и 17—оксикортикостероидов в крови до и после нагрузки АКТГ методом Сильбера-Портера в модификации Н. А. Юдаева и Ю. А. Палкова (1958).

Полученные показатели группировались в пределах выделенных групп больных, после чего обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты исследования

Результаты клинического обследования 140 больных, перенесших нефрэктомю, показали, что у значительного числа из них (65—46,4%) обнаружено заболевание единственной почки или органов мочевой системы.

Туберкулез почек, как проявление гематогенно-диссеминированной формы туберкулеза нередко сочетается с туберкулезным поражением других органов. У наших больных туберкулезные изменения в других органах были найдены в 72%, (101 из 140) случаев. В момент обследования лишь у 1,4% (2) из них процесс находился в активной стадии. Полученные данные позволяют сделать вывод о высокой эффективности антибактериальной терапии у рассматриваемой категории больных.

Наиболее часто туберкулезные изменения локализовались в легких (54,2%), туберкулез костно-суставной системы диагностирован у 10%, туберкулез лимфатических узлов у 2,9% больных. Сочетание туберкулеза органов мочевой и половой системы у мужчин достигло 43%, у женщин — 4,8%. Следует отметить, что в большинстве случаев (у 21 из 26) заболевание придатков яичек туберкулезом предшествовало заболеванию почек. Однако нефрэктомия не предотвращала поражения туберкулезом органов половой системы: у 5 из 26 больных туберкулез придатка яичка возник после удаления почки.

После нефрэктомии у значительного числа больных диагностируются заболевания, прямо или косвенно связанные с перенесенным туберкулезом почек и оперативным вмешательством. К таким заболеваниям могут быть отнесены различные виды сосудистой дистонии. Наиболее часто диагностировалась артериальная гипертония — у 22,8% больных. При заболевании единственной почки она наблюдалась вдвое чаще (30,8%), чем у лиц с клинически «здоровой» почкой (16%). Наряду с артериальной гипертонией у 16,4% больных выявлена была артериальная гипотония, которая несколько чаще наблюдалась среди больных с поражением единственной почки (18,5%), чем у лиц с клинически «здоровой» оставшейся почкой — в 14,7%.

Исследование некоторых показателей функционального состояния надпочечников (проба Торна, содержание 17-КС в моче и 17-ОКС в крови) выявило функциональную недостаточность последних. Повидимому, к одной из причин гипотонии следует отнести истощение коркового слоя надпочечников.

Исследование функциональных показателей единственной почки установило нарушение функционального состояния единственной, не только пораженной, но и «здоровой» почки. (Табл. I).

Таблица № 1.

Средние величины показателей функции единственной почки у обследованных больных

Функциональные показатели	Группа больных					
	Единственная «здоровая» почка	Туберкулез единственной почки	Неспецифический пиелонефрит единственной почки	Туберкулез паренхимы единственной почки	Туберкулезный папиллит единственной почки	Кавернозная туберкулез единственной почки
Число наблюдений *	$\frac{75}{48}$	$\frac{45}{42}$	$\frac{17}{14}$	$\frac{24}{21}$	$\frac{12}{12}$	$\frac{9}{9}$
Максимальный удельный вес мочи (в тыс. сичных)	M 1026 $\pm m 0,43$	1022 1,45	1022 1,62	1024 1,09	1024 1,54	1020 1,72
Суточная амплитуда удельного веса мочи (в тысячных)	M 11 $\pm m 0,60$	9 0,19	8 1,15	12 1,04	8 1,33	8 1,22
Суточный диурез (в мл.)	M 1280 $\pm m 37,32$	1286 81,22	1348 80,62	1234 60,56	1234 69,05	1390 124,05
Содержание остаточного азота в сыворотке крови (в мг%)	M 31 $\pm m 0,86$	34 2,28	35 2,01	28 1,33	37 2,26	37 3,25
Содержание эндогенного креатинина в сыворотке крови (в мг%)	M 1,19 $\pm m 0,04$	1,32 0,05	1,29 0,08	1,28 0,08	1,34 0,10	1,38 0,12
Клубочковая фильтрация (в мл./мин).	M 102 $\pm m 3,15$	88 3,78	86 7,19	92 4,35	88 9,28	77 7,14
Капельцевая реабсорбция воды (в%)	M 99,0 $\pm m 0,05$	98,8 0,06	98,8 0,11	98,9 0,07	98,8 0,22	98,7 0,14

*) В знаменателе — число больных, которым проведены все виды исследований, в числителе — только первые 4.

Общеприятые методы исследования функциональной способности почек не могут представить необходимой информации о всем многообразии нарушений функции единственной почки. Тем не менее, показатели пробы Зимницкого позволяют достаточно убедительно судить об адаптационной способности и резервных возможностях оставшейся почки. На большую функциональную напряженность в работе единственной как «здоровой», так и пораженной почки, указывает не только уменьшение суточной амплитуды колебания удельного веса, но и пикирующая, отмеченная у 85,2% лиц со «здоровой» и у 90% с пораженной почкой.

Показатели остаточного азота крови не отражают всех функциональных нарушений единственной почки, которые удается выявить с помощью определения клиренса эндогенного креатинина. Так, если по данным остаточного азота сыворотки крови функциональная недостаточность единственной почки определялась у 5,3—15,6—23,5% больных (соответственно, у лиц со «здоровой», пораженной туберкулезом и неспецифическим пиелонефритом единственной почки), то показатели эндогенного креатинина позволили выявить почечную недостаточность, соответственно, у 37,5-64,3—58,8% больных, то есть в 2—7 раз чаще. Содержание эндогенного креатинина в сыворотке крови у контрольной группы (дворцы) оказалось существенно (р меньше 0,0001) ниже ($0,83 \pm 0,03$ мг. %), чем у лиц с клинически «здоровой» единственной почкой ($1,19 \pm 0,04$ мг %). Следовательно, изучение азотовыделительной функции почки по содержанию эндогенного креатинина в сыворотке крови является более достоверным и точным методом. В значительной степени оказалась нарушенной клубочковая фильтрация: у 45,8—57,2—50,0% больных, соответственно, в 1-й, 2-й и 3-й группах. Канальцевая реабсорбция воды была снижена, преимущественно, у больных 3-й группы — в 35,7% случаев и в меньшем количестве случаев (10,4 и 23,6%) у больных 1-й и 2-й групп.

При деструктивных формах туберкулеза почки функция ее нарушалась в большей степени, чем при туберкулезе почечной паренхимы (без деструкции). Однако еще в большей степени на ухудшение функциональной способности единственной почки оказывало влияние нарушение оттока мочи и присоединение вторичного неспецифического пиелонефрита.

У больных старше 55 лет отмечено существенное снижение всех показателей функциональной способности единственной почки в зависимости от наличия воспалительного процесса в ней.

Изучение показателей функциональной способности единственной почки в процессе динамического наблюдения позволило выявить большую функциональную неустойчивость почки как большой, так и клинически «здоровой». Из этого следует, что чрезмерные нагрузки, предъявляемые единственной почке, не всегда могут быть

компенсированы и могут привести к развитию ее функциональной недостаточности.

Результаты проведенного исследования некоторых функциональных показателей печени (белковообразовательной, углеводной, аптитоксической, пигментной и ферментативной) выявили нарушения данных функций не только у больных с воспалительным процессом в оставшейся почке, но и у лиц с клинически «здоровой» почкой.

Таблица № 2.

**Общий белок крови и белковые фракции
у больных после нефрэктомии**

Группа больных	Кол-во обследо- ванных	Функциональные показатели $M \pm m$					
		Общий белок в г-%	Альбу- мины в % %	Глобулины в %			А-Г
				альфа	бета	гамма	
Контрольная группа (с двумя здоровыми почками).	25	6,74 0,09	64,32 0,50	8,77 0,46	10,10 0,49	16,86 0,34	1,8 0,03
Больные туберкуле- зом одной из почек (до нефрэктомии).	4	6,74 0,32	54,47 5,06	13,40 2,40	11,82 1,45	20,31 4,01	1,2 0,12
Больные со «здоро- вой» единственной поч- кой через 1-6 месяцев после нефрэктомии.	12	6,97 0,18	55,20 1,98	13,60 0,82	13,00 0,62	18,20 1,32	1,2 0,08
Больные со «здоро- вой» единственной поч- кой через год и более после нефрэктомии.	20	6,39 0,09	61,30 0,70	11,50 0,42	12,00 0,37	15,20 0,46	1,7 0,05
Больные туберкуле- зом единственной поч- ки в активной стадии.	14	6,89 0,15	56,10 1,14	14,10 0,65	12,20 0,78	17,60 0,64	1,3 0,06
Больные туберкуле- зом единственной поч- ки в стадии отграниче- ния.	16	6,71 0,07	62,20 0,56	12,40 0,44	10,90 0,57	14,50 0,65	1,6 0,04
Больные неспецифи- чески пиелонефритом единственной почки.	6	6,38 0,36	62,80 1,37	11,70 0,68	10,80 0,99	14,70 1,02	1,7 0,11

Изучение белкового спектра сыворотки крови имеет большую диагностическую ценность в определении степени активности процесса (табл. 2). Диспротеинемия (гипоальбуминемия при увеличе-
нии альфа и гамма-глобулинов) указывала на наличие активного

процесса в мочевой системе и в меньшей степени в этот момент зависела от объема поражения. Специфическая терапия, проведенная на протяжении 3-7 месяцев до нефрэктомии позволяла добиться улучшения протеннограмм. Из этого можно сделать вывод, что белковообразовательная функция печени в большей степени нарушается под воздействием туберкулезной интоксикации. Выраженная степень диспротеинемии наблюдалась и у больных с активным туберкулезом единственной почки. Под действием специфического лечения показатели протеннограммы улучшались. У больных с неспецифическим пиелонефритом единственной почки, протекающим стабильно, изменения протеннограммы были аналогичны таковым у больных с туберкулезом единственной почки в стадии ограничения. Нами было установлено наличие существенной диспротеинемии, по сравнению с контрольной группой, не только у больных с поражением единственной почки, но и у лиц с клинически «здоровой» почкой. Данный факт может быть расценен как нарушение белковообразовательной функции печени.

Изменение протеннограмм имело место у 90,5% обследованных больных, что сочеталось с нарушением парциальных функций единственной почки у 66,6% обследованных больных.

Изучение ряда белковых осадочных проб (тимоловой, сулемовой, Вельтмана) позволило установить их диагностическую ценность в определении степени активности процесса в оставшейся почке и оценке функционального состояния печени (табл. № 3).

Таблица № 3

Показатели осадочных проб у различных групп больных с единственной почкой

Группы больных	Функциональные показатели $M \pm m$		
	Тимоловая	Сулемовая	Вельтмана
Контрольная группа (с двумя здоровыми почками).	n 29	29	29
	M 18	1,76	7,1
	$\pm m$ 1,20	0,02	0,09
Больные с клинически «здоровой» единственной почкой через год и более после нефрэктомии.	n 30	29	23
	M 22	1,77	7,7
	$\pm m$ 1,01	0,06	0,09
Больные туберкулезом единственной почки в активной стадии.	n 18	19	12
	M 31	1,59	7,8
	$\pm m$ 2,06	0,03	0,19
Больные туберкулезом единственной почки в стадии ограничения.	n 21	19	18
	M 20	1,83	7,3
	$\pm m$ 2,06	0,03	0,20
Больные неспецифическим пиелонефритом единственной почки.	n 14	14	6
	M 26	1,75	7,2
	$\pm m$ 3,88	0,03	0,75

n — число больных.

В основном, показатели этих проб отражали степень диспротеинемии, установленную при изучении белкового спектра сыворотки крови в выделенных нами группах. Для активного специфического процесса в оставшейся почке было характерно снижение сулемового титра наряду с высоким показателем тимоловой пробы.

Несмотря на малую ценность гликемических кривых, отражающих, в основном, гликогенообразовательную функцию печени, проведенные исследования позволили выявить некоторые особенности. Изучение гликемической кривой у группы больных до и после нефрэктомии установило не только существенное повышение у них после операции исходного содержания сахара крови, но и возрастание гипергликемического коэффициента, что указывало на улучшение гликогенообразовательной функции печени. Большая вариабельность гликемических кривых наблюдалась не только у больных с поражением единственной почки, но и у лиц с клинически «здоровой» почкой. У 79,3% обследованных больных через 2 часа после нагрузки глюкозой содержание сахара крови не достигло исходного, что сочеталось с нарушением показателей функциональной способности единственной почки у 51,5% больных.

Для всех групп больных, перешедших нефрэктомии, характерна пологая, растянутая гипогликемическая фаза, но в большей степени эта особенность была выражена у больных с неспецифическим пиелонефритом и кавернозным туберкулезом единственной почки. Сравнивая показатели гликемических кривых у больных с различными формами туберкулеза единственной почки было установлено, что наиболее низкой кривая оказалась у больных с кавернозной формой туберкулеза почки. Кроме того, у этой же группы больных, по сравнению с остальными, гликемическая фаза была наиболее замедленной. При сравнении характера кривых у больных туберкулезом единственной почки в активной стадии и стадии отграничения, отмечена такая же закономерность, как и у больных до и после нефрэктомии.

Таким образом, изучение этого показателя позволяет выявить нарушение гликогенообразовательной функции печени у значительного числа больных, перешедших нефрэктомии, а также заподозрить заинтересованность капиллярного аппарата почки в регуляции углеводного обмена. Не исключена возможность влияния на динамику уровня сахара после нагрузки и со стороны надпочечников, что требует, однако, дополнительного изучения.

Наши данные позволяют заключить, что антитоксическая функция печени нарушалась под влиянием ряда причин: туберкулезной интоксикации, наличия заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, а также находилась в зависимости от степени функциональных нарушений единственной почки.

До нефрэктомии нарушение антитоксической функции печени по пробе Квика-Пытеля было установлено почти у половины (8 из 16)

обследованных больных. После удаления почки показатели пробы у них нормализовались. Из 57 обследованных больных с единственной почкой, сниженные пробы отмечено у 9 (15,7%), у большинства из них (6) диагностирован туберкулез оставшейся почки. Восемь из этих больных страдало заболеваниями желудочно-кишечного тракта, функциональная способность единственной почки была снижена у 5 из них.

Больших нарушений пигментообразовательной функции печени у больных с единственной почкой найдено не было. Лишь при поражении почки туберкулезом отмечено некоторое увеличение содержания билирубина крови по сравнению с лицами со «здоровой» почкой.

Изучение содержания в крови глютамино-аланиновой и глютамино-аспарагиновой трансаминаз не выявило нарушений ферментативной способности печени.

Клиническое обследование 75 лиц со «здоровой» единственной почкой показало, что значительная часть из них (58 из 75) предъявляет различные жалобы. В большинстве своем жалобы связаны с болями ощущениями в области оставшейся почки (у 41—54,6%). Данное явление может быть объяснено компенсаторным увеличением как самой почки, так и объема лоханки, которое развивается в связи с увеличением нагрузки на оставшуюся почку.

Ухудшение самочувствия у ряда больных вызвано наличием сосудистой дистонии, которая была диагностирована в 30,7% (23) случаев. Артериальная гипертония наблюдалась у 12 (16%), гипотония — у 11 (14,7%) больных. Расстройство мочеиспускания наблюдалось у небольшого числа больных (у 4—5,2%), что было обусловлено последствием перенесенного язвенного туберкулеза мочевого пузыря. Протеинурия (следы белка) обнаружена у 29% (22) больных с клинически «здоровой» почкой, что расценивалось нами как функциональное изменение оставшейся почки. Флора смешанной инфекции, обнаруженная в моче у больных с клинически «здоровой» почкой, хотя и не являлась в момент обследования симптомом заболевания, но служит указанием на возможность его возникновения, тем более, что у одной пятой больных получен рост кишечной палочки.

Рентгенологические данные исследования позволили установить у 4-х больных опущение единственной почки, у одного — рубцовую деформацию бокалов, как исход перенесенного туберкулеза.

Суммируя результаты клинического обследования больных со «здоровой» единственной почкой, показатели функциональной способности почки и некоторых функций печени, мы пришли к убеждению, что, несмотря на отсутствие клинических проявлений заболевания единственной почки, эти больные могут быть только условно отнесены к практически здоровым людям.

Клиническая симптоматика туберкулеза оставшейся почки в условиях антибактериальной терапии изменилась. отошли на второй план «местные» симптомы заболевания. На первое место выступает нарушение общего состояния, отмеченное у двух третьих (34 из 45) больных. Заболевание протекает с явлениями выраженной дистонии более чем у половины (24) больных. Было установлено, что гипотония (24,3% — 11) преимущественно наблюдалась в первые три года после нефрэктомии, тогда как артериальная гипертония (29%, — 13) в более отдаленные сроки. Тупые, чаще постоянные, боли в области оставшейся почки наблюдались у значительной части больных (82,2% — 37). Почечная колика (у 11,1% — 5) была обусловлена не только воспалительным процессом, но и нарушением пассажа мочи на почве обтурации мочеточника кошкементом. Расстройству мочеиспускания (53,3% — 24) вызваны воспалительными изменениями мочевого пузыря как специфического (у 10), так и неспецифического характера (у 14). У 4,4% (2) имелся рубцово-сморщенный мочевой пузырь.

Большая частота (40% — 18) вторичного пиелонефрита, осложняющего течение туберкулеза единственной почки, накладывает отпечаток и на симптоматику заболевания. Температурная реакция (45,3% — 20) зависела не только от основного процесса, но и от сопутствующего пиелонефрита.

Изменения в моче характеризовались: протеинурией у 84,2% (38) больных, пиурией у 51,1% (21), гематурией у 31,1% (14) больных.

Наши исследования показали, что для неосложненного течения туберкулеза единственной почки более характерны были «малые» изменения в анализах мочи: скрытая пиурия (у 15,5% — 7), микрогематурия (у 15,5% — 7), лейкоцитурия — 10-20 лейкоцитов в поле зрения — (у 29% — 13). Микобактерии туберкулеза у ряда больных (у 17,7% — 8) найдены при нормальном клеточном составе мочи. Микобактерии туберкулеза (всеми методами) обнаружены у 62,2% (28).

Изменения со стороны крови у больных с туберкулезом единственной почки чаще всего выражались в повышенном лимфоцитозе. Следует отметить, что у больных туберкулезом почечной паренхимы лимфоцитоз нередко сочетался с моноцитозом, тогда как для кавернозного поражения почки наиболее характерным было сочетание лимфоцитоза с мононией.

Проба с пиддигокармином оставалась нормальной вне зависимости от формы туберкулезного поражения почки и нарушалась либо при выраженной недостаточности ее концентрационной функции, либо при нарушении уродинамики.

Рентгенологическое исследование позволило установить, что более чем у половины (у 15 из 21) больных деструктивный процесс захватил два и более сегментов единственной почки. У 10 больных

имело место выключение одной или нескольких чашечек почки. У 4-х больных нарушение уродинамики было обусловлено микропузырем, стенозирующим уретеритом и пузырно-лоханочным рефлюксом.

Наличие вторичного пиелонефрита осложняет течение туберкулеза единственной почки и затрудняет его распознавание.

Клиническая симптоматика туберкулеза единственной почки в условиях антибактериальной терапии характеризуется быстрым исчезновением специфических симптомов, присоединением вторичной инфекции и склонностью к выключению туберкулезных очагов. Все это создает значительные диагностические трудности в распознавании туберкулезного процесса в единственной почке и установлении степени его активности.

Проведенное нами исследование позволило выделить несколько вариантов клинического течения туберкулеза единственной почки.

1. Малосимптомное или бессимптомное течение наиболее характерно для начальных форм туберкулеза. В данной форме заболевание может проявляться бациллурией при нормальном клеточном составе мочи или наличием скрытой лейкоцитурии. У части больных отмечается ухудшение общего состояния. Функциональные показатели единственной почки при этом не изменены или изменены незначительно.

2. Торпидно, «доброкачественно» текущий туберкулез единственной почки, преимущественно при наличии выключенных туберкулезных очагов. Для этой формы характерны стабильные, умеренно выраженные изменения состава мочи (в виде протеинурии, лейкоцитурии). Показатели функциональной способности единственной почки могут оставаться удовлетворительными. На активность процесса указывает наличие микробактерий в моче или отрицательная динамика рентгенологической картины. Умеренно выраженные изменения со стороны мочи и стабильный характер их наиболее часто приводят к недооценке активности специфического процесса в почке. Поэтому даже самые незначительные изменения состава мочи у больных с единственной почкой должны явиться показанием для тщательного обследования.

3. Туберкулез единственной почки, осложненный вторичным пиелонефритом, наблюдается чаще у больных с наличием деструктивных изменений паренхимы почки. Для данной формы характерны выраженные изменения в моче. В симптоматике преобладают явления неспецифической инфекции (бактериурия, массивная пиурия). Процесс принимает хроническое течение. Как правило, при этом снижаются все функциональные показатели единственной почки, что затрудняет дифференциальный диагноз с посттуберкулезным пиелонефритом.

Неспецифический пиелонефрит единственной почки, диагностированный у 17 (12,1%) из 140 больных, наблюдается, в основном, в трех вариантах:

- 1) при законченном туберкулезном процессе в единственной почке;
- 2) при выраженных ретенционных изменениях в единственной почке;
- 3) при нормальной рентгенологической картине единственной почки без нарушения оттока мочи.

Если два первых варианта диагностируются, преимущественно, в ближайшие после нефрэктомии сроки, то диагноз неспецифического пиелонефрита у больных без нарушения оттока мочи устанавливается чаще более поздно. По клиническому течению неспецифический пиелонефрит подразделяется нами на прогрессирующую (преимущественно у больных с нарушением оттока мочи), стабильную (протекающую без выраженных обострений) и латентную (выявляемую специальными методами исследования) формы. Больные с нарушенным оттоком мочи чаще всего нуждаются в оперативном вмешательстве, тогда как у больных двух последних групп настоящее медикаментозное лечение позволяет добиться улучшения или стабилизации процесса. Диагноз неспецифического пиелонефрита в рассматриваемой группе больных базируется на характерных рентгенологических изменениях и отрицательных результатах бактериологического исследования мочи на микобактерии туберкулеза. Чаще всего (у 12 из 17) пиелонефрит является конечным исходом перенесенного туберкулеза единственной почки.

Заболевание кисты мочеточника наблюдалось нами у 3-х больных. У двух был диагностирован туберкулезный уретерит кисты, у одного — рак. Следует отметить, что на протяжении 1,5—9 лет эти больные лечились по поводу ошибочного диагноза туберкулеза единственной почки.

Изучение ближайших результатов нефрэктомии (от 1 месяца до 3-х лет) у 113 больных показало, что в первые три года у 24 (21,3%) из них было установлено обострение туберкулезного процесса в мочевой системе, у 8 (7,2%) больных — неспецифический пиелонефрит. 11 (9,7%) больных нефрэктомия произведена при заведомо двустороннем туберкулезе почек.

Трое больных (2,6%) умерло в первые 1,5 года после нефрэктомии. Причины смерти были не связаны с туберкулезом. Длительное заживление послеоперационной раны — более 6 месяцев у 6 (5,3%) больных было обусловлено туберкулезом мягких тканей.

Значительное число больных с обострением туберкулезного процесса в оставшейся почке явилось предпосылкой для изучения причин, ведущих к реактивации процесса. В результате проведенного анализа было установлено, что одной из главных причин обострения

следует считать недостаточный курс специфической терапии как в предоперационный период, так и после операции. Так, среди 27 больших, оперированных без предварительного лечения противотуберкулезными препаратами, у 17 (63%) после нефрэктомии был диагностирован туберкулез оставшейся почки. Специфическая терапия до операции на протяжении 4—6 месяцев уменьшила число обострений почти в 8 раз (8,3%). Наибольшее значение в уменьшении числа обострений играет общая продолжительность основного курса химиотерапии. Так, среди больных, у которых основной курс противотуберкулезного лечения был менее шести месяцев, почти в половине случаев — 44,5% (16 из 36) отмечено обострение туберкулеза в оставшейся почке. Продолжительность лечения до 7—12 месяцев снизила число обострений до 13% (5 из 39). Однако не только продолжительность специфической терапии, но и характер сочетаний препаратов и непрерывность их применения сказывались на результатах лечения. Следует отметить, что эффективность противотуберкулезной терапии лимитировалась функциональной неполноценностью единственной почки и печени.

В возникновении обострения туберкулезного процесса в оставшейся почке, известная провоцирующая роль принадлежит гиперкуррентным заболеваниям и, особенно, медицинскому аборт. Так, среди 12 женщин, беременность у которых наступила в первый год после нефрэктомии и была прервана в связи с малыми сроками после операции, у 6 из них через месяц—1,5 года после аборта был диагностирован туберкулез оставшейся почки. Следовательно, медицинский аборт у наших больных явился одной из причин обострения процесса в почке. Мы считаем, что в условиях антибактериальной терапии, при настойчивом желании больной, донашивание беременности может быть разрешено, но не ранее, чем через год после нефрэктомии и при отсутствии симптомов поражения единственной почки.

Отдаленные результаты после нефрэктомии на протяжении от 4 до 16 лет прослежены были у 76,1% (86 из 113) больных.

Летальных исходов за это время не наблюдалось. Процент больных с клинически «здоровой» единственной почкой по сравнению с результатами ближайших наблюдений уменьшился с 61,1% до 54,6%, тогда как число больных с туберкулезом единственной почки возросло с 30,9% до 38,1%. Объясняется это тем, что у ряда (6) больных в сроки от 4 до 9 лет после нефрэктомии была диагностирована реактивация туберкулеза в мочевой системе.

Итак, в ближайшие 3—5 лет после нефрэктомии угроза реактивации специфического процесса в единственной почке в три раза больше, чем в отдаленные сроки. На первое пятилетие приходится девять десятых (28 из 30) всех обострений.

В сроки более 10 лет после нефрэктомии активизации процесса мы не наблюдали. В то же самое время следует указать, что под

влиянием антибактериальной терапии удалось добиться затихания туберкулезного процесса в единственной почке у одной третьей (у 12 из 33) больных. Клиническое затихание туберкулезного процесса в органах мочевой системы установлено у 60 из 86 больных (70%), ограничение — у 19 (22%), активным остается процесс лишь у 7 (8%) больных.

Изучение трудоспособности больных, перенесших нефрэктомии по поводу туберкулеза, показало, что она зависит от целого ряда причин: от сроков после нефрэктомии, функционального состояния и наличия воспалительных изменений в единственной почке, а также от профессии больного. В ближайшие 3 года после нефрэктомии нетрудоспособны были 52,6% (72 из 137) больных, тогда как через три и более лет — 19,1% (21 из 110) больных. Заболевания единственной почки в отдаленные после нефрэктомии сроки (от 3 до 40 лет) явились причиной нетрудоспособности у 12,7% больных, у 6,4% — нетрудоспособность обусловлена другими заболеваниями. Если из общего количества больных (110) мы вычтем лиц преклонного возраста (11), то число трудоспособных (69) и ограниченно трудоспособных (9) составит 78,8% (78 из 99) больных. Это число является убедительным примером благоприятного как жизненного, так и трудового прогноза у больных с единственной почкой в условиях современного антибактериального, широкого санаторно-курортного и диспансерного лечения.

Показатели парциальных функций единственной почки у больных трудоспособных были существенно выше, чем у нетрудоспособных больных, тогда как величины остаточного азота и показатели пробы Зимницкого оставались в нормальных пределах или близкими к ним.

В отдаленные после нефрэктомии сроки полностью и ограниченно трудоспособными были 30 из 40 больных туберкулезом единственной почки. У половины из них (15) было установлено клиническое затихание процесса в почке. Среди больных неспецифическим пиелонефритом трудоспособны были 33,3%, что объясняется не только тяжестью заболевания, но и большим удельным весом (одна треть) больных пенсионного возраста. Сохранение трудоспособности у значительного числа больных обусловлено не только благоприятным течением специфического процесса в мочевой системе, но и рациональным трудоустройством. Так, среди больных, продолжающих трудиться, лишь 4,3 проц. (3 из 69) выполняют работу, связанную с тяжелым физическим напряжением. Трудоустройство предусматривало не только исключение больших физических усилий, но и улучшение санитарно-гигиенических условий труда. Трудоустроено было 33 (42,3%) из 78 полностью или частично трудоспособных.

Таким образом, больные с единственной почкой остаются трудоспособными только в профессиях, не связанных с большими физичес-

кими напряжениями и профессиональными вредностями. Результаты проведенного исследования показывают, что часть больных с наличием воспалительного процесса в единственной почке может быть признана трудоспособной при условии рационального трудоустройства.

В процессе диспансерного наблюдения мы встретились с трудным вопросом определения стойкости достигнутого затихания туберкулезного процесса в мочевой системе. Вопрос о стойкости затихания мы стали решать, положив в основу не только данные клинико-лабораторных и рентгенологических исследований, сроки после нефрэктомии, а также продолжительность специфической химиотерапии. От туберкулино-лейкоцитарной пробы мы отказались ввиду большого числа гиперергических реакций. Учитывая современную точку зрения на туберкулез почек как двустороннего заболевания, этот вопрос решался не только в отношении больных с туберкулезом единственной почки, но и больных со «здоровой» почкой. У большинства лиц (28 из 48) с клинически «здоровой» почкой затихание процесса устанавливалось через 4—5 лет после нефрэктомии при условии проведения полноценного (10—12 месяцев) основного курса химиотерапии и противорецидивных курсов на протяжении 3—4 лет.

У больных с туберкулезным поражением единственной почки продолжительность химиотерапии увеличивалась до 6—12 лет (у 9 из 15). Однако в последние годы интенсивное лечение химиопрепаратами в условиях санаторного режима позволило нам добиться затихания процесса в более короткие сроки (через 4—5 лет). Правда, это относится лишь к больным с туберкулезом почечной паренхимы и с ограниченным пилллитом.

Проведенное нами исследование позволило прийти к заключению, что на протяжении первых 3 лет после нефрэктомии процесс в мочевой системе следует расценивать как активный; на протяжении последующих 2 лет — как условно затихший. О клиническом затихании можно говорить не ранее 5 лет после нефрэктомии. Но даже при установлении клинического излечения специфического процесса в мочевой системе (не ранее 10 лет) больные, перенесшие нефрэктомию по поводу туберкулеза, не должны сниматься с диспансерного учета.

ВЫВОДЫ

1. Специфические и неспецифические заболевания единственной почки и органов мочевой системы у больных, перенесших нефрэктомию по поводу туберкулеза, диагностированы у 65 (46,4%) из 140 больных.

Наиболее частым заболеванием оставшейся почки был туберкулез — у 45 (32,2%). Неспецифический пиелонефрит диагностирован

у 17 (12,1%), заболевания культуры мочеточника — у 3 (2,1%) больных.

2. Клиническая симптоматика туберкулеза единственной почки характеризуется быстрым исчезновением специфических симптомов, склонностью к выключению туберкулезных очагов и присоединением вторичной неспецифической инфекции.

3. Туберкулез единственной почки диагностирован в девяти десятиях случаев в течение первых пяти лет после нефрэктомии и являлся, по всей вероятности, результатом реактивации латентного течения процесса в так называемой «здоровой» почке. Одной из причин, способствующих реактивации процесса в оставшейся почке, является недостаточный курс специфической терапии в пред- и послеоперационном периоде.

4. Неспецифический пиелонефрит единственной почки распознавался в более поздние после нефрэктомии сроки и у значительной части больных (12 из 17) являлся исходом туберкулезного процесса в почке или посттуберкулезных изменений в органах мочевой системы.

5. Оставшуюся после нефрэктомии единственную «здоровую» почку следует рассматривать как орган со скрытыми функциональными нарушениями.

Степень функциональных нарушений единственной почки определялась объемом анатомических изменений в ней, вторичным пиелонефритом, а также интенсивностью ретенционных изменений верхних мочевых путей.

6. У 79,3 — 90,5% больных с единственной почкой установлены нарушения соответственно, углеводной и белковообразовательной функции печени, что сочеталось в 51,5—66,6% со снижением парциальных функций почки.

7. Вопросы трудоспособности и трудоустройства больных после нефрэктомии должны коррелироваться со сроками после операции, функциональным состоянием единственной почки и особенностями профессии больного.

В ближайшие три года после нефрэктомии нетрудоспособными были 52,6% больных, тогда как в более поздние сроки заболевание единственной почки явилось причиной нетрудоспособности у 12,7%.

8. В современных условиях диспансерного наблюдения, санаторного и амбулаторного лечения больных после нефрэктомии, появилась реальная возможность профилактики и раннего выявления специфических и неспецифических заболеваний единственной почки.

9. Сроки диспансерного наблюдения и группа диспансерного учета больных, перенесших нефрэктомия, устанавливаются в зависимости от степени активности туберкулезного процесса в органах мочевой системы и времени, прошедшего с момента операции.

В активной группе диспансерного учета больные после нефрэктомии по поводу туберкулеза должны наблюдаться не менее пяти лет.

10. Больные со «здоровой» единственной почкой или неспецифическими изменениями в ней подлежат неопределенно длительному наблюдению в неактивной группе диспансерного учета.

Содержание диссертации отражено в следующих работах

1. Диспансерное наблюдение над больными после нефрэктомии при туберкулезе. Труды Всероссийской научно-практической конференции по организации санаторного лечения больных внелегочным туберкулезом, Москва, 1969, 218-221.

2. Беременность и роды у больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза. Рефераты докладов научно-практической конференции: «Диагностика и лечение внелегочных форм туберкулеза», Свердловск, 1970, 100-101.

3. Гипертония у больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза. Актуальные вопросы нефрологии и урологии. Свердловск, 1970, 107-111.

4. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения за больными, перенесшими нефрэктомия по поводу туберкулеза. Актуальные вопросы нефрологии и урологии. Свердловск, 1970, 93-100.

5. О функциональной способности единственной почки у больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза. Актуальные вопросы нефрологии и урологии. Свердловск, 1970, 101-106.

6. Исследование функций надпочечников у женщин после нефрэктомии по поводу туберкулеза. (в соавторстве с С. И. Орловой). Материалы 32 и 33-ей годичных научных сессий. Свердловский медицинский институт. Свердловск, 1970, 298.

7. Результаты наблюдений за больными после нефрэктомии. Тезисы докладов Всероссийского симпозиума по мочеполовому туберкулезу. Уфа, 1963, 5-6.

8. Анализ причин поздней диагностики туберкулеза почек. Тезисы докладов научной сессии по проблеме урогенитального туберкулеза. Казань, 1965, 99-101.

9. Частота обострений туберкулеза единственной почки и результаты лечения. Тезисы докладов II Пленума Правления Всероссийского общества урологов. Ленинград, 1968, 31-33.