

УДК 614.2

**РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА****Хузиханов Ф.В., Алиев Р.М.***ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Казань, e-mail: faridx@yandex.ru*

В последнее время наблюдается тенденция к росту заболеваемости хроническим пиелонефритом и снижение эффективности его лечения. Отмечается рост доли пиелонефрита в структуре основных причин терминальной хронической почечной недостаточности в России. Целью исследования явилось изучение влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов на развитие хронического пиелонефрита, определение силы влияния этих факторов и проведение их ранжирования. Материал исследования: 390 медицинских карт и 162 анкеты. В результате проведенного исследования выявлена роль социально-гигиенических и медико-биологических факторов в развитии хронического пиелонефрита. Неблагоприятное влияние большинства этих факторов оказалось существенным. Таким образом, правомочен вывод о необходимости разработки медико-социальных мероприятий по устранению или ослаблению действия наиболее значимых социально-гигиенических и медико-биологических факторов, что позволит повысить эффективность медицинской помощи больным хроническим пиелонефритом.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, социально-гигиенические факторы, медико-биологические факторы

**THE ROLE OF SOCIAL-HYGIENE AND BIOMEDICAL FACTORS DURING CHRONIC PYELONEPHRITIS****Khyzikhanov F.V., Aliev R.M.***Kazan state medical university, Kazan, e-mail: faridx@yandex.ru*

Recently there has been a tendency to increase the incidence of chronic pyelonephritis and reduce the effectiveness of its treatment. An increasing proportion of pyelonephritis in the major causes of terminal chronic renal failure in Russia. The aim of the study was to examine the influence of socio-hygienic and medical-biological factors on the development of chronic pyelonephritis, the definition of power of influence of these factors and holding their ranking. Subjects: 390 medical records and 162 questionnaires. The study revealed the role of socio-hygienic and medical-biological factors in the development of chronic pyelonephritis. The adverse effects of most of these factors was significant. Thus, the conclusion is entitled to the need for medical and social measures to eliminate or weaken the effect of the most significant social, hygienic and medical-biological factors that will increase the efficiency of medical care for patients with chronic pyelonephritis.

**Keywords:** chronic pyelonephritis, social-hygienic factors, biomedical factors

Распространенность инфекций мочевыводящих путей в России ежегодно составляет около 1000 случаев на 100 000 населения. В структуре общей инфекционной заболеваемости инфекции мочевых путей прочно занимают второе место, уступая лишь респираторным заболеваниям. При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических заболеваний хронический пиелонефрит занимает 2-е место (21,4–23%), уступая только злокачественным новообразованиям [8].

Патология почек и мочевых путей ежегодно приводит к смерти примерно 850 000 человек, занимая 12 место среди причин смерти и 17 место как причина утраты трудоспособности [6]. В последнее десятилетие просматривается четкая тенденция к росту числа и омоложению заболевших пиелонефритом [7].

Согласно сборной статистике (более чем 100 авторов), в среднем ежегодно около 1% населения Земли заболевает пиелонефритом (Г. Маждраков, 1980 год) [3].

За последние 20 лет клиническая картина пиелонефрита изменилась, появилась большая склонность к бессимптомному течению, даже при значительном инфекционно-воспалительном процессе в почках, участились случаи стертых форм, редко наступает полная ремиссия или излечение [1, 2, 10].

Отмечается рост доли пиелонефрита в структуре основных причин терминальной хронической почечной недостаточности в России, с 1998 по 2003 год этот показатель вырос с 13,9 до 14,7% [5]. По данным статистики 2009 года в России хронический пиелонефрит в структуре причин хронической почечной недостаточности занимает второе место и на его долю приходится 17,1% [9].

**Цель** – изучить влияние социально-гигиенических и медико-биологических факторов на течение, частоту обострения, результаты лечения и исход заболевания.

**Материалы и методы исследования**

Проведено исследование 390 медицинских карт пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом по данным трех поликлиник города Казани:

77 мужчин в возрасте от 21 до 58 лет и 313 женщин в возрасте от 19 до 83 лет. Далее из этой группы было проведено целенаправленное анкетирование 162 пациентов, из них 54 мужского пола и 108 женского пола.

С целью определения наличия и степени воздействия социально-гигиенических и медико-биологических факторов на течение хронического пиелонефрита был проведен однофакторный дисперсионный анализ по 8 наиболее значимым факторам.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Уровень заболеваемости хроническим пиелонефритом представлен в табл. 1.

**Таблица 1**  
Распространенность заболеваемости хроническим пиелонефритом в зависимости от возраста

Возраст	Количество больных
20–29 лет	48
30–39 лет	52
40–49 лет	66
50–59 лет	91
60 и более лет	133

Данные табл. 1 показывают, что с возрастом наблюдается увеличение заболеваемости хроническим пиелонефритом, что, возможно, связано со снижением иммунной реактивности организма и ростом числа соматической патологии.

По длительности заболевания больные были разделены следующим образом: до

10 лет – 217 больных; 11–20 лет – 99 больных; более 20 лет – 34 больных. Была отмечена тенденция более неблагоприятного и агрессивного течения в первые 10 лет заболевания.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа приведены в табл. 2 и 3.

**Таблица 2**

Сила влияния наиболее значимых социально-гигиенических и медико-биологических факторов на развитие хронического пиелонефрита

№ п/п	Факторы	Сила влияния (%)	Ранги
1.	Социальное положение больного	68,88	III
2.	Курение	65,89	IV
3.	Занятия физкультурой, спортом	64,39	VI
4.	Урологические заболевания	87,04	I
5.	Длительность заболевания	64,08	VII
6.	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание	64,69	V
7.	Частота обострений хронического пиелонефрита	63,89	VIII
8.	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети	71,79	II

**Таблица 3**

Сила влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов на развитие хронического пиелонефрита, с градацией факторов

№ п/п	Факторы	Градация фактора	Сила влияния (%)
1.	Социальное положение больного	Интеллектуальный труд	13,79
		Учащиеся	9,17
		Рабочие	20,68
		Пенсионеры и безработные	25,24
2.	Курение	Да	48,43
		Нет	17,46
3.	Занятия физкультурой, спортом	Да, регулярно	44,52
		Нет, нерегулярно	19,87
4.	Урологические заболевания	Да	64,87
		Нет	22,17
5.	Длительность заболевания	До 10 лет	42,23
		10-20 лет	16,26
		Более 20 лет	5,59
6.	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание	До 17 лет	10,62
		18-35 лет	13,93
		36-49 лет	16,92
		50 и более лет	23,22
7.	Частота обострений хронического пиелонефрита	3 и более раз в год	41,81
		1-2 раза в год	12,62
		Менее 1 раза в год	9,46
8.	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической службы	Регулярное	19,05
		Не регулярное	52,74

Из данных табл. 2 и 3 следует, что по степени влияния первое место занимают урологические заболевания, на фоне которых хронический пиелонефрит носит вторичный генез и лечение его практически неэффективно. В связи с такой тесной связью между урологической патологией и хроническим пиелонефритом нами была изучена структура урологических заболеваний: мочекаменная болезнь – 91 человек (30,6%), нефроптоз – 45 человек (15,1%), аномалии развития почек и мочевыводя-

щей системы – 32 человека (10%), аденома предстательной железы у мужчин – 26 человек (33,7% среди мужчин), кистозные заболевания почек – 59 человек (19,8%), гидронефроз – 6 человек (2%).

Второе место занимает наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Нами произведен анализ частоты обострений хронического пиелонефрита и обращаемость за медицинской помощью по данным анкетирования больных (табл. 4).

Таблица 4

Обращаемость больных хроническим пиелонефритом за медицинской помощью

Частота обострений хронического пиелонефрита	Количество больных	Обращаемость за медицинской помощью	Количество больных
Более 3 раз в год	106	3 и более раз в год	43
1–2 раза в год	32	1–2 раза в год	46
Реже 1 раза в год	24	Реже 1 раза в год	44

Из полученных нами данных можно сделать вывод, что большее количество обострений хронического пиелонефрита и меньшая обращаемость больных за медицинской помощью, возможно, связана с низкой санитарной культурой, недоступностью медицинской помощи, «самолечением» больных.

Третье место занимает социальное положение больных. Профессиональные вредности (шум, вибрация, запыленность, электромагнитное излучение и т.д.), неправильный режим труда и отдыха, частые переохлаждения – все это негативно влияет на течение пиелонефрита.

Четвертое место – курение. В литературе существуют несколько научных работ, в том числе и зарубежных, посвященных изучению неблагоприятного влияния курения на функцию почек.

Пятое – возраст, в котором было впервые выявлено заболевание. Пиелонефрит встречается в любом возрасте, однако пик заболеваемости наблюдается в детской и пожилой возрастной категории.

Шестое место – занятия физкультурой или спортом.

Седьмое место – длительность заболевания. При проведении исследования медицинских карт больных нами была отмечена тенденция более агрессивного и неблагоприятного течения заболевания в первые 5–10 лет заболевания.

Восьмое – частота обострений хронического пиелонефрита. При каждом обострении заболевания в воспалительный процесс вовлекается новый участок здоровой паренхимы почки, что в конечном итоге может

привести к вторичному сморщиванию, т.е. нефросклерозу.

Результаты свидетельствуют о том, что влияние этих факторов оказалось существенным, причем действие большинства этих факторов может быть устранено или ослаблено.

### Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что влияние подавляющего большинства факторов на развитие хронического пиелонефрита оказалось существенным. Определение силы влияния того или иного неблагоприятного фактора позволяет разработать медико-социальные мероприятия по устранению или ослаблению действия наиболее значимых социально-гигиенических и медико-биологических факторов, что позволит повысить эффективность медицинской помощи больным хроническим пиелонефритом.

### Список литературы

1. Калущка Г.В., Клуначева М.С., Шехаба Л.Ф. Хронический пиелонефрит // *Клин. мед.* – 1996. – № 2. – С. 54–56.
2. Лоран О.Б., Дубов С. Острый пиелонефрит // *Врач.* – 1998. – № 1. – С. 13–16.
3. Лоран О.Б., Синякова Л.А. Воспалительные заболевания органов мочевой системы // *Актуальные вопросы.* – М., 2008. – 88 с.
4. Лопаткин Н.А. Урология: фармакотерапия без ошибок. – М., 2012.
5. Сигитова О.Н., Архипов Е.В., Давлетшина Р.З. Антибактериальная терапия больных пиелонефритом в условиях поликлиники // *Казанский медицинский журнал.* – 2009. – Т. 90, № 3. – С. 390–394.
6. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Эпидемиология и социально-экономические аспекты

хронической болезни почек // Нефрология. – 2006. – Т.10, № 1. – С. 7–13.

7. Соколова О.А., Логачева Т.М., Дядик Т.Г. Половая инфекция у детей // Лечащий врач. – 2005. – № 7. – С. 22–26.

8. Сравнительная эффективность антибактериальных препаратов фторхинолонового и β-лактамного рядов в комплексной терапии больных хроническим пиелонефритом / В.Е. Твердой, С.А. Осколков, В.А. Жмуров, Ю.А. Петрова, Н.В. Оборотова // Журнал урология. – 2012. – № 4. – С. 8–12.

9. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство. – 2009. – С. 434–451.

10. Bergeron M.G. Treatment of pyelonephritis in adults // Med. Clin. North Am. – 1995. – Vol. 79, № 3. – P. 619–649

6. Smirnov AV, Dobronravov VA, IG Kayukov Epidemiology and socio-economic aspects of chronic kidney disease // Nephrology-2006g., Vol.10, no. 1, pp. 7–13.

7. Olga Sokolova, Logacheva T.M., T.G. Dyadik Genital infection in children. The attending physician. 2005, 7: pp. 22–26.

8. Comparative efficacy of antibacterial fluoroquinolone and β-lactam series in the treatment of patients with chronic pyelonephritis. Solid V.E., Shards S.A., Zhmurov V.A., Petrova Y., Oborotova N.V. Journal of Urology 2012 no. 4 pp. 8–12.

9. Urology national leadership. Lopatkin N.A. 2009, pp. 434–451.

10. Bergeron M.G. Treatment of pyelonephritis in adults // Med. Clin. North Am. 1995. Vol. 79, no. 3 pp. 619–649.

### References

1. Kalushka G.V., Klunantseva M.S., Shehab L.F. Chronic pyelonephritis. Wedge. honey. 1996, no. 2, pp. 54–56.

2. Loran O.B., Oaks S. Acute pyelonephritis. Physician 1998 no. 1, pp. 13–16.

3. Loran O.B., Sinyakova L.A. Inflammatory diseases of the urinary system. Topical issues. Moscow, 2008. 88 p.

4. Lopatkin NA Urology: pharmacotherapy with no errors. Moscow, 2012.

5. Sigitova O.N., Arkhipov E.V., Davletshina R.Z. Antimicrobial therapy of patients with pyelonephritis in a clinic. Kazan Medical Journal, 2009, Vol. 90, no. 3, pp. 390–394.

### Рецензенты:

Галиуллин А.Н., д.м.н., профессор кафедры менеджмента в здравоохранении Казанского ГМУ, г. Казань;

Мингазова Э.Н., д.м.н., профессор кафедры гигиены, медицины труда с курсом медэкологии, ВПДО Казанского ГМУ, г. Казань.

Работа поступила в редакцию 16.09.2013.