

нефрит, карбункул и абсцесс почки, папиллярный некроз. Противоречивые данные об особенностях клиники, течения заболевания и недостаточная изученность механизмов развития пиелонефрита у больных СД обуславливают трудности его диагностики, лечения и профилактики.

**Материалы и методы.** Нами проведено исследование 168 больных с пиелонефритом и сахарным диабетом в период с 2004 по 2008 год. Женщин было 146 (86,9%), мужчин – 22 (13,1%). Возраст от 19 до 88 лет (средний возраст 63,4±0,89 лет). При этом 79 (59%) больных были старше 60 лет и 40 (29,8%) пациентов находились в возрасте от 51 до 60 лет.

С острым необструктивным пиелонефритом был 71 больной (42,3%), с обструктивным пиелонефритом – 40 (23,8%), с обострением хронической уринфекции – 57 (33,9%). У 15 человек (8,9%) отмечены деструктивные формы пиелонефрита: апостематозный пиелонефрит - в одном случае, у семи карбункулы почки, в четырех случаях абсцесс почки и у еще трех пациентов – пиелонекроз. В остальных случаях наблюдался серозный пиелонефрит.

Пациентов с СД 1 типа было 9 человек (5,4%), 2 типа сахарного диабета – 159 человек (94,6%). Средняя длительность течения диабета до момента поступления в стационар составила 8,3±1,6 лет. Впервые выявленный диабет встретился в 18 случаях (10,7%). Наиболее часто встречалось среднетяжелое течение СД – 119 человек (70,8%). Тяжелое течение наблюдалось у 22 человек (13,0%), а легкое – 15 человек (8,9%). Субкомпенсация диабета была у 128 пациентов (76,2%), декомпенсация – 37 (14,9%). В стадии компенсации находились 3 пациента (1,8%).

Для сравнительного выявления особенностей проявления пиелонефрита у больных с нормальным углеводным обменом проведено исследование еще 182 больных пиелонефритом без СД, находившихся на лечении в клинике в этот же период времени. При этом острым необструктивным серозным пиелонефритом диагностирован у 69 человек, острым необструктивным деструктивным пиелонефритом - у 7, обструктивным серозным пиелонефритом у 41, обструктивным деструктивным пиелонефритом – у 10, хронический пиелонефрит в фазе обострения - у 55.

Для выяснения особенностей проявления и диагностики пиелонефрита у больных, СД, и у пациентов, не имеющих такого сравнились две группы: 1) пациенты с пиелонефритом, не страдающие СД (182 чел.); 2) пациенты с пиелонефритом при СД (168 чел.). Кроме того, дополнительно проведен анализ особенностей пиелонефритом при СД, у больных с нарушением пассажа мочи из ВМП (39 чел.). Последние были выявлены при проведении им направленного обследования ВМП.

**Результаты.** Наличие болевого синдрома у пациентов чаще встречалось в группе пациентов с пиелонефритом, не страдающих СД (98,5%). У больных с пиелонефритом при СД без нарушений пассажа мочи болевой синдром встречался в 87,4% случаев. Наименьшую выраженность данный синдром имел при нарушении оттока мочи из ВМП – 82,7%.

Лихорадка чаще встречалась у пациентов с пиелонефритом при СД с нарушением пассажа мочи (69,9%), реже у больных с пиелонефритом и СД без нарушения пассажа мочи – 65,3%. При этом в 53,4% случаев встречался подъем температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр у больных с инфекцией мочевых путей и нормальным углеводным обменом – 53,4%.

Пациенты с пиелонефритом при СД, имеющие нарушение пассажа мочи, чаще имели лейкоцитурию, чем пациенты без нарушения пассажа мочи из ВМП – 70,1 и 68,8% соответственно. У больных же с пиелонефритом без СД повышенное количество лейкоцитов в мочевом осадке определялось в 45,2% случаев.

При исследовании азотывделительной функции почек отмечены, что наибольшие изменения выявляются у больных с СД, более выраженные у тех пациентов с нарушением пассажа мочи.

Нами отмечено, что у пациентов, страдающих СД при наличии воспалительного очага в мочевых путях более выражено страдает коагуляционный гемостаз. При этом уровень