

# Пиелонефриты в практике семейного врача

**В рутинной практике семейные врачи достаточно часто сталкиваются с разнообразными инфекциями мочевой системы (ИМС), в т. ч. с пиелонефритами. Заболевания такого рода занимают ведущее место в общей структуре заболеваемости наряду с острыми респираторными инфекциями.**



Однако, несмотря на имеющийся опыт успешного лечения ИМС, наличие эффективных и проверенных временем препаратов, в этой области нефрологии остается много неразрешенных проблем и спорных моментов. Проанализировав их и ответить на актуальные вопросы любезно согласилась **руководитель отдела эфферентных технологий ГУ «Институт нефрологии НАНМ Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Ирина Алексеевна Дударь.**

**Сохраняет ли актуальность проблема пиелонефрита в эру современных антибиотиков (АБ)?**

— К сожалению, да. Статистические данные указывают, что пиелонефрит является наиболее частым заболеванием почек во всех возрастных группах, в среднем 1% людей в мире ежегодно заболевают пиелонефритом, что составляет примерно 65 млн человек. По данным зарубежных и отечественных авторов, во время вскрытий пиелонефрит выявляют примерно у каждого 10-12-го умершего, при этом в большинстве случаев данное заболевание не было распознано при жизни пациента. У лиц пожилого и старческого возраста на вскрытии пиелонефрит выявляют еще чаще — практически у 20% (в 4 из 5 случаев наблюдается его острая гнойная форма).

**Какие существуют пиелонефриты и чем опасен хронический пиелонефрит (ХП)?**

— Пиелонефрит подразделяют на острый и хронический. Первичный (необструктивный, или неосложненный) развивается при отсутствии обструкции верхних мочевых путей (ВМП), вторичный (обструктивный, или осложненный) возникает на фоне нарушенного оттока мочи из ВМП вследствие их обструкции или сдавления извне.

В норме почки стерильны, и попадание в них инфекционного агента приводит к тубулоинтерстициальному воспалению, а также к развитию серозного пиелонефрита, длительность которого варьирует от 6 до 36 ч. В дальнейшем возможны деструктивные изменения и возникновение апостематозного пиелонефрита, карбункула почки, абсцесса почки, гнойного паранефрита и даже флегмоны забрюшинного пространства.

Гнойные формы пиелонефрита особенно часто являются следствием обструкции ВМП и могут осложняться развитием бактериотоксического шока и сепсиса (Ifeggan J. et al., 2012).

ХП — это заболевание, характеризующееся склонностью к прогрессирующему ухудшению прогноза. Оно сопровождается появлением

необратимых рубцовых изменений, сморщиванием почек (Bostwick G.D., 1999; Vercellone A., Stratta P., 1990; Ronald A.R., Nicolle L.E., 2002) и приводит к формированию почечной недостаточности (ПН), прогрессированию хронической болезни почек (ХБП) от 1 до 5 стадии, что диктует необходимость в назначении почечнозаместительной терапии (гемо- и перитонеальный диализ, трансплантация почки).

**Выделяют ли группы риска в отношении пиелонефритов?**

— Безусловно. Среди лиц с повышенным риском развития этого заболевания — больные сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа и пациенты с иммунодефицитом (как первичным, так и вторичным). Кроме того, вероятность возникновения пиелонефрита возрастает при недержании мочи, структурно-функциональных аномалиях мочевой системы, установлении мочевого катетера на длительный срок. Пожилой возраст пациентов также рассматривается как фактор риска в отношении развития этого заболевания. Острый пиелонефрит чаще наблюдается у женщин в возрасте 15-65 лет, хотя может встречаться у лиц любого возраста и пола (Drai J. et al., 2012).

Следует принимать во внимание еще один важный момент. Пиелонефриты и другие ИМС занимают второе после анемии место по распространенности в структуре осложнений беременности. Предпосылками к этому служат следующие процессы: увеличенная в размерах матка сдавливает мочевые пути, препятствуя нормальному оттоку мочи, а нейрогуморальные изменения ведут к снижению тонуса мочевого пузыря. Кроме того, существуют данные, что в моче беременных наблюдается ускорение роста микроорганизмов.

В целом риск пиелонефрита у женщин примерно в 6 раз выше, чем у мужчин, что связано с анатомическими особенностями (широкая и короткая уретра, близкое расположение уретры к влагалищу). Различия в показателях заболеваемости между мужчинами и женщинами нивелируются со временем по причине высокой распространенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы среди мужчин пожилого возраста.

**Какие патогены чаще вызывают пиелонефрит?**

— Согласно современным данным (Ronald A.R., Nicolle L.E., 2007), подавляющее большинство случаев пиелонефрита (около 80%) — следствие колонизации почки кишечной палочкой (*Escherichia coli*). Грамнегативные бактерии, выступающие причинным фактором пиелонефрита, представлены *Klebsiella pneumoniae* (6%) и энтерококками (5%), а грампозитивные — *Streptococcus agalactiae* (3%) и *Staphylococcus saprophyticus* (1,4%) (Foxman B., 2010).

**Какими симптомами манифестирует пиелонефрит?**

— Наиболее частые жалобы — тупая ноющая боль в поясничной области или в области живота, повышение температуры тела, помутнение мочи, часто наблюдаются признаки интоксикации (лихорадка, озноб, слабость, снижение работоспособности), иногда отмечается учащенное болезненное мочеиспускание вследствие сопутствующего цистита или уретрита. У маленьких детей (а иногда и у взрослых) клиническая картина может быть стертой или сопровождаться гастроинтестинальными нарушениями (рвота, диарея). Важно, что ХП протекает волнообразно: периоды обострения сменяются стадиями практически полного здоровья (ремиссиями) без каких-либо патологических симптомов.

**Каковы клинические особенности заболевания у пациентов пожилого возраста?**

— Пиелонефрит у таких пациентов отличается атипичным и зачастую тяжелым течением. Типичные симптомы воспаления (повышение температуры тела, боли в поясничном отделе) отсутствуют на второй план, преобладают общие нарушения — выраженная слабость, адинамия, тошнота. Могут возникнуть спутанность сознания, коллапс, а присущая сопутствующим циститам дизурия маскируется возрастными нарушениями мочеиспускания (Петров В.Н., 2002). Кроме того, при пиелонефрите у таких больных часто возникает декомпенсация фоновых заболеваний.

**Какие изменения обнаруживаются при физикальном обследовании пациента с пиелонефритом?**

— При ХП наблюдается незначительное снижение массы тела; возможны сухость, шелушение и серовато-желтый цвет кожных покровов; сухой, покрытый грязно-коричневым налетом язык; пастозность лица. При пальпации или перкуссии поясничной области отмечается болезненность на стороне поражения. У некоторых больных ХП развивается вторичная артериальная гипертензия (АГ), анемия.

**Какие данные необходимы для подтверждения диагноза пиелонефрита?**

— Как правило, диагностика этого заболевания несложна. Во всех учреждениях здравоохранения можно провести общий анализ мочи (при пиелонефрите количество лейкоцитов в моче повышено). Однако следует отметить, что выраженность лейкоцитурii не всегда соответствует тяжести заболевания.

Информативным методом диагностики пиелонефрита и определения чувствительности патогена к АБ является бактериологическое исследование мочи (бакпосев), однако его проведение сопряжено с некоторыми трудностями.

Например, сбор необходимой для посева средней порции мочи осложнен у лиц старческого возраста и маленьких детей, пациентов с параплегией, у женщин во время менструации или при наличии гнойных выделений из влагалища, у послеоперационных больных и рожениц (Каприн А.Д. и соавт., 2002). Способ получения мочи с помощью катетера не рекомендуется в связи с высоким риском инфицирования. Несмотря на то что бактериологическое исследование мочи занимает определенное время — минимум 72 ч, это довольно распространенное исследование, преимущества которого заключаются в достоверности полученных результатов, высокой чувствительности и специфичности. Таким образом, золотым стандартом диагностики пиелонефрита является выявление бактериурии и лейкоцитурii в сочетании с соответствующими анамнестическими и физикальными признаками.

**Что следует указать при формулировке диагноза пиелонефрита?**

— Необходимо оценить течение заболевания (острый, рецидивирующий, хронический) и условия его возникновения (внебольничный, внутрибольничный), уточнить сопутствующую патологию (СД, мочекаменная болезнь, АГ, поликистозная болезнь почек и др.). Это позволит классифицировать пиелонефрит как неосложненный или осложненный. Кроме того, при наличии осложнений следует их указать (абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок, острое повреждение почек), охарактеризовать дисфункцию почек (острая ПН, ХБП 1-5 стадии).

**Рекомендуют ли при пиелонефрите ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) внебрюшинного пространства?**

— Среди дополнительных инструментальных методов предпочтение отдается УЗИ, которое позволяет выявить расширение почечной лоханки, неоднородность паренхимы почки, деформацию контура почки, уменьшение ее линейных размеров и толщины паренхимы. Эти процессы преимущественно будут асимметричными (в отличие от уменьшения размеров почек при гломерулонефрите). Кроме того, во время УЗИ можно выявить сопутствующие нарушения со стороны мочевой системы, выступающие в качестве факторов риска пиелонефрита, например уrolитиаз или обструкцию мочевых путей.

Что же касается КТ или МРТ, то эти методы экономически более затратные и менее доступные, что при отсутствии значимых преимуществ перед УЗИ делает их второстепенными. Чаще всего КТ или МРТ применяются для дифференциальной диагностики ХП и опухолевых процессов. Наиболее современным диагностическим методом является многослойная спиральная КТ, позволяющая установить причину и уровень возможной обструкции мочеточника, а также выявить зоны нарушенного кровообращения или очаги



гнойной деструкции в паренхиме пораженной почки.

#### ? С какими патологиями необходимо дифференцировать пиелонефрит?

— Клиническая картина острого пиелонефрита схожа с таковой аппендицита, аднексита, острого холецистита или инфекционных заболеваний. Что касается ХП, дифференциальную диагностику проводят с гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, туберкулезом, опухолями и амилоидозом почек.

#### ? Какие препараты применяют в терапии пиелонефритов?

— Поскольку первичная причина заболевания — бактериальный процесс, базовым средством медикаментозной терапии являются АБ. При выборе препарата учитывается региональный спектр возбудителей, антибиотикочувствительность вероятного патогена, индивидуальные особенности пациента и соотношение «польза/риск» (Wagenlehner F.M. et al., 2010). Больные пиелонефритом требуют комплексного лечения для достижения полной санации почки во избежание хронизации заболевания.

#### ? Использование каких вспомогательных средств показано при пиелонефрите?

— Как дополнение к АБ могут назначаться диуретики (фуросемид, торасемид и т.д.), спазмолитики (дротаверин), пробиотики и пребиотики, фитотерапевтические комплексы. В каждом конкретном случае следует индивидуально оценивать потребность в этих вспомогательных медикаментах.

#### ? Какова роль фитотерапии в лечении ХП?

— Фитотерапия назначается на стадии обострения с целью снижения активности воспаления, стимуляции регенерации тканей почки и предупреждения рецидивирования пиелонефрита за счет антисептического влияния. У врачей и пациентов популярны стандартизированные растительные препараты. Одним из таких препаратов является Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия) — лекарственное средство растительного происхождения, в состав которого входят стандартизированные по содержанию ключевых биологически активных веществ лекарственных растений компоненты травы золототысячника (*Centaureum erythraea*), корня любистка (*Levisticum officinale*) и листьев розмарина (*Rosmarinus officinalis*). Канефрон® Н обладает диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антиоксидантным, антибактериальным и нефропротекторным (антипротеинурическим) свойствами (Naber K.G., 2013). Благодаря широкому спектру влияния Канефрон® Н повышает эффективность стандартной терапии, позволяет достичь более длительной ремиссии и в случае сопутствующей мочекаменной болезни ускоряет выведение конкрементов после литотрипсии (Аляев Ю.Г. и соавт., 2005). Солидный опыт — более 80 лет — использования этого лекарственного средства, а также значительное количество клинических исследований служат доказательством эффективности и безопасности Канефрона Н. Кроме того, растительное происхождение препарата обеспечивает его хорошую переносимость и высокую безопасность.

#### ? Нуждаются ли пациенты с пиелонефритом в госпитализации?

— В большинстве случаев нет. Современные АБ в сочетании со средствами вспомогательной терапии позволяют проводить лечение амбулаторно. Однако существуют определенные категории больных, которым требуется стационарное лечение. Среди них — пациенты с выраженной интоксикацией, сопровождающейся рвотой или признаками дегидратации, с подозрением на сепсис, в некоторых случаях — беременные женщины, а также дети и пациенты престарелого возраста, в частности представители социально незащищенных слоев населения (Bethel J., 2012). Для указанного контингента больных оптимальной стратегией лечения является использование АБ (предпочтительно

внутривенно), гидратация, контроль функции почек, наблюдение медицинского персонала, что и обуславливает необходимость в их госпитализации.

#### ? Каков прогноз у пациентов с пиелонефритом?

— В условиях ранней диагностики и оптимальной антибиотикотерапии острый пиелонефрит, как правило, завершается выздоровлением. По мере увеличения длительности заболевания, при наличии внутрибольничных или резистентных патогенов, возникновении гнойных осложнений, сопутствующей обструкции мочевых путей, иммунодефицитах различного генеза и частых рецидивах прогноз ухудшается. Примерно у 10-20% больных ХП развивается и прогрессирует ХБП.

#### ? Какие меры следует внедрять для профилактики пиелонефритов?

— В первую очередь, необходимо соблюдать правила личной гигиены. Ключевой патоген, вызывающий ИМС, — кишечная палочка, поэтому следует минимизировать возможность ее попадания в уретру. Кроме того, благоприятное действие оказывают: увеличение суточного диуреза путем употребления некалорийной жидкости в объеме >2 л/сут; своевременное опорожнение мочевого пузыря; исключение переохлаждений; коррекция нарушений уродинамики; адекватное лечение фоновых заболеваний; устранение очаговой инфекции; применение уросептиков растительного происхождения.

Подготовила Лариса Стрильчук



Bionorica®

Запалення сечових шляхів?  
Камені нирок?

Канефрон® Н



- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів<sup>1-3</sup>
- потенціювання протизапальної терапії<sup>4</sup>



ПАНАЦІЯ  
ПРЕПАРАТ  
РОКУ 2012

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

**Показання.** Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функцій нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

**Канефрон® Н** таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016, **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

**Джерело:** 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. 2 - Кравченко Н.Ф. Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я чоловіка, 3(30): 85-90.

**Виробник:** ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.  
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

Розкриваючи силу рослин