

# Мнение специалиста: в фокусе — хронический пиелонефрит

**Хронический пиелонефрит (ХП) – одно из наиболее распространенных заболеваний почек, прогрессирующее которого приводит к функциональной недостаточности органа.**

Об основных аспектах ведения пациентов с ХП рассказал глава Ассоциации семейных врачей Одесского региона, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора по лечебной работе медицинского центра INTO-SANA, профессор Владимир Михайлович Мавродий.

## На что следует обращать внимание при формулировке диагноза ХП?

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание интерстициальной ткани почки с последующим поражением всех почечных структур (особенно чашечно-лоханочной системы), которое приводит к формированию нефросклероза.

С клинической точки зрения важно выделить вариант осложненного пиелонефрита с учетом таких факторов, как пожилой возраст, наличие врожденных аномалий или приобретенных нарушений уродинамики, мочекаменной болезни, кисты почек, функциональной рефлюкс-нефропатии, гиперплазии предстательной железы и др.

Современное оформление диагноза предполагает указание хронической болезни почек (ХБП) и ее стадии, нозологической формы пиелонефрита, ее содержание, наличие осложнений. Например: ХБП II ст., ХП, не-обструктивный, обострение, артериальная гипертензия 2 ст., анемия легкой степени.

## Что лежит в основе механизмов развития ХП?

Согласно современным представлениям основу патогенеза ХП составляют нарушение уродинамики и проникновение неспецифической уропатогенной флоры в почку. ХП всегда является следствием хронической задержки мочи в мочевых путях. К основным детерминантам нефропатогенности микроорганизмов, которые вызывают воспалительный процесс, относят тропизм к паренхиме почек, феномен прилипания грамотрицательных бактерий к эпителию мочевых путей, способность размножаться в кислой среде. Определенное значение в развитии ХП отводится состоянию антиинфекционной защиты макроорганизма, нарушению почечного крово- и лимфообращения, наличию рефлюкс-нефропатий и аномалий развития мочевыводящей системы.

## Каковы клинические проявления ХП?

В фазе обострения клинические проявления, характерные для ХП, могут напоминать таковые при остром пиелонефрите, но в меньшей степени выраженности.

Среди основных синдромов ХП выделяют болевой, дизурический, мочевой, интоксикационный, артериальной гипертензии. Оценивая диагностическую значимость симптомов, необходимо учитывать, что они зависят от формы и типа течения ХП, фазы воспалительного процесса и его распространенности, функционального состояния почек, возраста больного и сопутствующих заболеваний.

Общие симптомы ХП: повышение температуры тела, общая слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, изменение цвета и сухость кожных покровов; местные симптомы: боли в соответствующей половине поясницы ноющего или приступообразного характера (чаще наблюдаются при вторичном ХП), нарушение мочеотделения (полиурия или олигоурия) и мочеиспускания (поллакиурия, никтурия и др.). Длительное время (в фазе латентного течения и ремиссии) клинические проявления ХП отсутствуют, особенно у детей и лиц пожилого и старческого возраста, что, безусловно, затрудняет диагностику заболевания. Важно, что при ХП отсутствует синдром интоксикации, как и острые осложнения начального периода острого пиелонефрита (олигурия, сепсис, плеврит и др.).

## Какие изменения определяются при лабораторном исследовании?

К основным диагностическим признакам ХП, которые выявляются при лабораторном исследовании проб мочи, относятся пиурия и бактериурия.

Лейкоцитурия является ведущим признаком ХП. Тем не менее в ряде случаев (при нарушении оттока мочи, выраженном нефросклерозе и др.) лейкоцитурия может отсутствовать. При вялотекущем воспалительном процессе данный показатель может не определяться в общем анализе мочи. В этом случае применяют методы количественной оценки элементов осадка мочи (пробы Аддиса-Каковского, Амбурже, Нечипоренко). Бактериурия представляет собой один из важных диагностических признаков ХП и определяется при бактериологическом исследовании мочи. Гематурия может выявляться в случае вторичного ХП (при нефроптозе, мочекаменной болезни). Протеинурия в начале заболевания чаще обусловлена деструкцией клеточных элементов и лейкоцитами. В более поздних стадиях заболевания в результате увеличения проницаемости базальных мембран капилляров возможно развитие клубочковой протеинурии. Важно помнить, что последняя на ранней стадии ХП может развиваться вследствие лихорадки. Кроме того, при ХП наблюдаются цилиндрурия, гипоизостенурия, азотемия, более выраженное нарушение канальцевой реабсорбции в сравнении с клубочковой фильтрацией.

В анализе крови определяется лейкоцитоз, возможно увеличение СОЭ и уровня СРБ. Вместе с тем биохимические показатели функционального состояния печени (уровень АЛТ, АСТ) и почек (уровень креатинина), коагулограммы (ПТИ, АЧТВ) обычно не изменены.

При латентном течении ХП, как правило, выявляют только мочевой синдром (лейкоцитурию, эритроцитурию, умеренную протеинурию, цилиндрурию). Необходимо подчеркнуть, что возможно также повышение температуры в виде периодического субфебрилитета или отдельных температурных «свечек», озноб, никтурия. Фаза ремиссии характеризуется отсутствием мочевого синдрома и каких-либо клинических проявлений заболевания.

## В чем особенность ведения пациентов с ХП?

Тактика ведения пациентов с ХП предусматривает проведение антибактериальной терапии с учетом дозы, кратности, пути введения и длительности курса. Обязательны назначение патогенетического лечения и коррекция образа жизни (диетическое питание). При высокой активности фазы обострения ХП, сопровождающейся гипертермией, лейкоцитозом  $>12 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ  $>30$  мм/ч, показано парентеральное введение антибактериальных препаратов. В остальных случаях при обострении ХП показано сочетание внутримышечного введения и перорального приема антибиотиков. При обострении ХП контроль анализа мочи проводят каждые 7 дней, бактериологическое исследование – через 7-10 дней после нормализации клинико-лабораторных показателей. В случае выявления возбудителя в моче антибиотикотерапию продолжают до его эрадикации; в отсутствие возбудителя в целях контроля лечения через 1 мес проводят бактериологическое исследование мочи. В зависимости от показаний лечение проводят в отделении урологии, терапии или амбулаторно. Установлено, что устранение обструкции мочевыводящей системы, сокращение длительности обострения и уменьшение частоты рецидивов положительно влияют на исход заболевания.

## Какие группы антибактериальных препаратов применяют для лечения ХП?

– Препаратами выбора для лечения ХП являются фторхинолоны II и III поколения ципрофлоксацин и левофлоксацин (Флоксиум), которые вначале вводят внутривенно, затем назначают перорально в дозе 500 мг/сут. Возможно назначение цефалоспоринов II или III поколения – цефуроксима (Кимацеф) 0,75-1,5 г внутривенно 3-4 р/сут, затем цефуроксима (Кимацеф) перорально по 250-500 мг 2 р/сут или цефтазидима (Цефтам); цефоперазона (Гепацеф) либо аминогликозида III поколения амикацина сульфата (Амицил).

Резервными препаратами являются защищенные от бета-лактамаз аминопенициллины, например ампициллин/сульбактам (Амписульбин), который назначают в дозе 1,5-3 г внутривенно 3 р/сут; амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) в/в 1,2 г 3 р/сут, затем внутрь 625 мг 3 р/сут и макролиды III поколения, в частности азитромицин (Азимед) 500 мг/сут в течение 3 дней; цефепим (Квадроцеф), гаффлоксацин, карбапенемы, метронидазол.

## В чем заключается поддерживающая терапия при ХП?

– После достижения клинико-лабораторной ремиссии ХП проводится поддерживающая антибактериальная терапия в течение  $\geq 6$  мес. В этот период на протяжении 7 дней каждого месяца назначается пероральный прием антибиотика или уросептика с учетом того, что антибактериальные препараты одной группы применяют с интервалом в 3 мес.



В.М. Мавродий

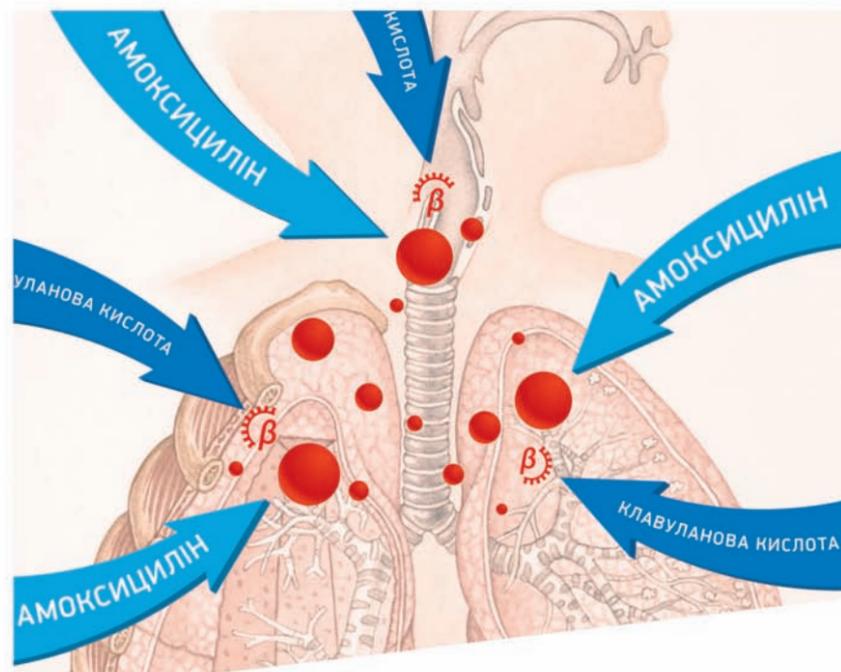
Особенностью поддерживающей терапии ХП является использование уросептиков, которые не комбинируют с антибиотиками. Среди уросептиков возможно назначение пипемидиновой кислоты в дозе 400 мг 2 р/сут; нитроксилина по 0,1 г 4 р/сут; триметоприма/сульфаметоксазола в дозировке 480 мг 2 р/сут.

После лечения фазы обострения ХП применяют следующие циклы: одна неделя терапии антибиотиком или уросептиком – три недели фитотерапии (не менее 6-10 мес до достижения ремиссии). В последующем такие пациенты подлежат динамическому диспансерному наблюдению с осмотром врачом 1 раз в 6 мес. Многолетний клинический опыт позволяет считать оправданной данную тактику ведения пациентов с ХП, поскольку за 8 лет наблюдений отсутствовали случаи поступления больных с ХБП вследствие ХП.

Таким образом, возможные неблагоприятные исходы и риск преждевременного формирования ХБП определяют комплексный подход к ведению больных ХП с обязательным назначением антибактериальных препаратов.

Подготовила  
Наталья Пятница-Горпинченко

3



## АМОКСИЛ-К

Стратегічне рішення для лікування інфекцій дихальних шляхів

Амоксил-К® – від лідера у виробництві і просуванні антибактеріальних препаратів в Україні.\*

Амоксил-К® – амоксицилін захищений клавулановою кислотою.

Клавуланова кислота:

- захищає амоксицилін від руйнування ферментами бета-лактамазами, які виробляють певні бактерії;\*\*
- покращує ефективність протимікробної дії та поширює антибактеріальний спектр.\*\*

\* Дані компанії МОРІОН станом на 2010 р.  
\*\* Відповідно до інструкції

Інформація виключно для лікарів і фармацевтів

Додаткова інформація по продукту  
0 800 307 000\*

\* дзвінок зі стандартних телефонів у межах України безкоштовно

Ближче до людей

ARTERIUM