Острый пиелонефрит: современное состояние проблемы

Острый пиелонефрит (ПН) остается одним из наиболее часто встречающихся заболеваний почек во всех возрастных группах. ПН нередко сопровождается развитием серьезных гнойно-септических осложнений (абсцессом, карбункулом почки).
Об основных аспектах ведения пациентов с острым ПН рассказал глава Ассоциации семейных врачей Одесского региона, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора по лечебной работе медицинского центра «INTO-SANA», профессор Владимир Михайлович Мавродий.

В.М. Мавродий

– В чем состоит особенность острого ПН?

– Под острым ПН понимают отдельный эпизод бактериально обусловленного поражения интерстициальной ткани почки с лейкоцитарной инфильтрацией. В большинстве случаев причиной острого ПН являются аномалии развития мочевыделительной системы, которые сопровождаются острым нарушением уродинамики. В случае прогрессирования серозного воспаления в корковом веществе и паренхиме почки образуются мелкие и крупные гнойные образования, приводящие к формированию рубцовой ткани в паренхиме почки.

Острый ПН характеризуется внезапным началом, выраженной лихорадкой, сопровождающейся ознобом, обильным потоотделением, болью в проекции почек, которая усиливается при пальпации. Общая реакция организма проявляется в виде интоксикационного синдрома (рвоты, головной боли, нарушений сна и аппетита). В некоторых случаях в клинике острого ПН может превалировать желудочно-кишечный синдром с болью в животе, тошнотой, диареей.

– Какова тактика ведения пациентов с острым ПН?

– Установить клиническую форму острого ПН и обосновать тактику лечения представляется возможным только после проведения специальных диагностических исследований. Это связано с тем, что клинические проявления и течение заболевания не позволяют дифференцировать характер острого ПН (серозный или гнойный). Для определения обструкции показано ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография почек, экскреторная урография. У беременных предпочтение следует отдавать магнитно-резонансной томографии. Дифференциальную диагностику острого ПН проводят с обострением хронического ПН, инфекционными заболеваниями (гриппом и др.), острым аппендицитом, холециститом. Все пациенты с подозрением на острый ПН подлежат обязательной госпитализации.

– Какие дополнительные методы исследования показаны при остром ПН?

– Наибольшее значение в диагностике острого ПН имеют лабораторные методы исследования, направленные в первую очередь на выявление бактериурии и лейкоцитурии. Бактериологическое исследование осуществляют для определения характера и количества микрофлоры. Определение степени бактериурии в диагностике острого первичного ПН играет важную роль, поскольку симптом появляется в первые дни заболевания и в ряде случаев может быть единственным его признаком.

В целом для острого ПН характерен мочевой синдром (лейкоцитурия, микрогематурия, протеинурия до 1 г/сут, цилиндрурия), острая воспалительная реакция (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение уровня СРБ), отклонения биохимических показателей функционального состояния печени (билирубина, АЛТ, АСТ) и почек (креатинина), свертывающей системы крови (ПТИ, АЧТВ), белкового (гипопротеинемия) и углеводного (гипергликемия) обменов. При одностороннем воспалительном процессе и в случае полного блока мочеотделения с одной стороны мочевой синдром может отсутствовать.

При УЗИ почек определяют признаки обструкции, необычную асимметрию почек или структур почки, увеличение размера пораженной почки, отек паренхимы и снижение ее эхогенности, изменение наружного контура, деформацию и расширение чашечно-лоханочной системы. При необходимости прибегают к оценке состояния кровотока артерий почек с применением допплерографии.

– Каковы основные принципы терапии острого ПН?

– Решающее значение в современной терапии острого ПН отводится устранению обструкции и адекватной антибиотикотерапии. До начала антибиотикотерапии необходимо провести забор мочи для бактериологического исследования. Значимый уровень бактериурии – $\geq 10^5$ КОЕ/мл, для беременных – $\geq 10^4$ КОЕ/мл (E. coli – $\geq 10^2$ КОЕ/мл).

При невозможности проведения бактериологического исследования мочи начинают эмпирическую антибактериальную терапию, поскольку отсрочка лечения на 6-8 ч увеличивает риск тяжелых осложнений на 30%. В случае обструктивного острого ПН назначение антибиотиков рекомендуется после устранения обструкции ввиду возможности развития инфекционно-токсического шока.

При выборе препаратов для антибиотикотерапии обязательно учитывают эффективность предшествующего курса лечения, наличие аллергии. Предпочтение отдают парентеральному введению комбинации нескольких препаратов.

В отсутствие положительной динамики заболевания в течение 48 ч от начала лечения схему следует пересмотреть. Если сохраняется гипертермия, необходимо осуществить посев крови на стерильность. Для этого берут 2 образца венозной крови объемом по 20 мл из 2 вен с интервалом не менее 30-60 мин.

Длительность интенсивной терапии неосложненного необструктивного острого ПН составляет 7-14 дней. Пациентам после оперативного вмешательства по поводу острого гнойного ПН проводят антибиотикотерапию сроком до 4 нед. После нормализации температуры на протяжении 3 дней возможен пероральный прием антибиотиков. Последующая тактика ведения пациентов с острым ПН предполагает проведение контрольного посева мочи. При эрадикации возбудителя переходят к поддерживающей терапии; в случае выявления возбудителя в исследуемом материале антибиотикотерапию продолжают в течение 7-14 дней.

– Какие препараты применяют в качестве стартовой антибиотикотерапии?

– Препаратами выбора мы считаем ципрофлоксацин или левофлоксацин (Флоксиум[1]), которые вводят внутривенно, затем перорально в дозе 500 мг/сут. Возможно назначение цефуроксима (Кимацефа) 0,75-1,5 г внутривенно 3-4 р/сут, затем цефуроксима (Кимацефа) перорально по 250-500 мг 2 р/сут или цефтазидима (Цефтума); цефоперазона (Гепацефа), цефоперазона/сульбактама (Гепацефа комби), амикацина сульфата (Амицила).

Резервными, по нашему мнению, препаратами являются ампициллин/сульбактам (Амписульбин) 1,5-3 г внутривенно 3-4 р/сут, амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К); азитромицин (Азимед) 500 мг/сут в течение 3 дней, цефепим (Квадроцеф), гатифлоксацин, карбапенемы, метронидазол.

Во время назначения антибиотиков необходимо помнить о риске дисбактериоза кишечника, псевдомембранозного колита. В связи с этим рекомендуется одновременное назначение пробиотиков в сочетании с пребиотиками. При неэффективности антибактериальной терапии в течение суток для исключения гнойного очага необходимо повторить обследование (УЗИ или спиральную компьютерную томографию).

– Какие схемы лечения применяют в случае септических осложнений?

– При наличии гнойных осложнений назначается деэскалационная антибактериальная терапия. Например, возможно внутривенное введение левофлоксацина (Флоксиума) в дозе 500 мг 1-2 р/сут и карбапенема (меропенема (Мепенама) 1 г или дорипенема 0,5 г 3 р/сут).

В качестве альтернативных схем могут применяться ципрофлоксацин, левофлоксацин (Флоксиум) в сочетании с амикацином (Амицилом), который назначается из расчета 15 мг/кг внутривенно 1 р/сут; цефтазидим (Цефтум) 1-2 г внутривенно 2-3 р/сут; цефоперазон (Гепацеф) 2-4г внутривенно 2-3 р/сут; цефоперазон/сульбактам (Гепацеф комби) или цефепим (Квадроцеф) по 1-2 г внутривенно 2 р/сут в комбинации с амикацином (Амицилом). У пациентов с иммунодефицитными состояниями, сахарным диабетом терапия дополняется внутривенным назначением флуконазола.

– Что включает патогенетическая терапия острого ПН?

– Патогенетическая терапия острого ПН включает назначение дезинтоксикационных средств, антиоксидантов, препаратов, улучшающих реологические свойства крови, ингибиторов ЦОГ-2).

При гнойном остром ПН показаны низкомолекулярные гепарины (бемипарин), ингибиторы протеолиза (апротинин). При гнойных осложнениях применяют иммуномодуляторы: интерферон, иммуноглобулин человека антистафилококковый, анатоксин стафилококковый, иммуноглобулин человека для внутривенного введения, тилорон, тималин.

При отсутствии терапевтического эффекта от 24-часовой консервативной терапии показано срочное оперативное вмешательство – удаление и дренирование гнойного очага. Если по каким-либо причинам почечную лоханку не удается дренировать путем катетеризации или стентирования, проводят чрескожную нефростомию в качестве подготовительного этапа к радикальному вмешательству. В случае прогрессирования патологического процесса при одностороннем поражении почек, развитии септического состояния показана нефрэктомия.

Подготовила
Наталия Пятница-Горпинченко

[1] *Здесь и далее – в скобках указаны препараты производства корпорации «Артериум».*

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476