

# Осторожно – пиелонефрит!

**А.А. Некрасова**

Пиелонефрит – заболевание почек, которое течет десятками лет, иногда с клинически выраженной картиной заболевания, но чаще имеет скудную симптоматику. Как правило, оно протекает под маской плохого самочувствия, “простудных заболеваний”, дизурических расстройств. В связи с этим к врачу больные обращаются поздно, когда болезнь вызывает значительную гибель почечной ткани, когда возникает нарушение выделительной функции почек и развивается хроническая почечная недостаточность (ХПН), что сопровождается повышением артериального давления (АД). И это при том, что пиелонефрит лечится, и можно не только улучшить общее самочувствие больного, но и предотвратить развитие артериальной гипертензии (АГ) и ХПН.

В чем же сущность этого заболевания?

Пиелонефрит – это инфекционный воспалительный процесс в почке, который вначале локализуется во внутренней ее части, где находится чашечно-лоханочная структура почек и где происходит концентрация мочи. Процесс носит очаговый характер, но при остром воспалительном процессе или обострении заболевания – диффузный. При отсутствии лечения, или если оно проводится неадекватно, воспаление медленно распространяется к коре почек. С корой почек связана функция выделения шлаков из крови. Одновременно развивается склероз и сморщивание почки. Таким образом, вначале страдает концентрационная функция почки, а при далеко зашедшем процессе – выделительная.

Как же попадает возбудитель воспаления в почки? Чаще всего через кровь, а источником его является любой очаг инфекции – кариозные зубы,

воспаление миндалин, ОРЗ. Причиной могут быть и более серьезные инфекционные заболевания. Возбудитель может также попадать в почки из нижних мочевыделительных путей, поднимаясь вверх в подслизистом слое.

Наиболее распространенный возбудитель пиелонефрита – кишечная палочка, но это могут быть стафилококки, стрептококки и ряд других бактерий.

Нужны еще предрасполагающие факторы, чтобы попавший в почечный кровоток возбудитель вызвал воспаление. К ним относятся снижение сопротивляемости организма, общего и местного иммунитета, переохлаждение, неправильное питание, раздражающее ткани почек. Большую роль во внедрении инфекции в почку играет затруднение оттока мочи – нарушение уродинамики. Когда причины ее ясны, а это обычно бывают врожденные структурные аномалии почек, рефлюксные нарушения, аденома предстательной железы с затруднением мочеиспускания, камни в почках, пиелонефрит считают вторичным. При таких состояниях лечение связано в первую очередь с устранением причины нарушения оттока мочи из почки. В случаях, когда выявить заболевание, нарушающее отток мочи, не удастся, пиелонефрит считают первичным.

По течению первичные пиелонефриты разделяют на острые, составляющие около 20%, и хронические. Для острых пиелонефритов характерно острое начало, высокая температура с ознобами, общее плохое самочувствие с интоксикацией, нарушение мочеиспускания. Оно становится учащенным, болезненным, обильным, но иногда наоборот – происходит задержка мочи.

Главное в клинической картине – это боли: резкие или тупые в области поясницы или нижней части живота, наиболее сильные на стороне поражения.

При острых пиелонефритах в основе лечебной тактики – срочная госпитализация. Лишь в стационаре есть все необходимое для уточнения диагноза и начала срочной терапии. Бы-

стро начатая адекватная терапия предотвращает дальнейшее распространение воспалительного процесса в почке, образование в ней абсцессов.

Следует помнить, что даже при тщательном стационарном лечении, когда больной выписывается с нормальными анализами мочи, в половине случаев в почке остается латентная инфекция, которая через несколько месяцев может вызвать обострение заболевания или принять форму хронического латентного пиелонефрита. Поэтому после выписки обязательно проводится противорецидивное лечение с периодическим контролем анализов мочи.

Если острый пиелонефрит сам по себе дает сигнал о необходимости срочного лечения, то при хроническом латентном пиелонефрите ситуация совсем иная. Заболевание часто начинается в детском возрасте, незаметно для больного, течет десятилетиями без четкой картины заболевания под маской простуды, общего недомогания, иногда возникает чувство жжения при мочеиспускании, легкие дизурические расстройства, что связывают с прохождением солей или легким циститом. Беременность у таких женщин протекает с токсикозами. Анализы мочи в начале заболевания, как правило, не изменены. Лейкоциты, единичные эритроциты и белок появляются в моче лишь в период клинически мало выраженного обострения пиелонефрита. Структурные изменения, постепенно развивающиеся в почке, становятся видимыми при ультразвуковом и рентгеновском исследовании лишь в более поздней стадии заболевания. Именно в этом заключается коварство латентного течения пиелонефрита.

При рецидивирующем течении хронического пиелонефрита периодически с различной частотой проявляются клинически выраженные обострения заболевания. Провоцирующими условиями обычно бывают переохлаждения, интеркуррентные инфекции, тяжелая физическая работа, спиртные напитки. Обострение сопровождается повышением температуры от субфеб-

**Анастасия Александровна Некрасова** – докт. мед. наук, более 40 лет являлась ведущим специалистом в области гипертонической болезни Института кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ.

рильной до 38–39°C, общими явлениями интоксикации, болями в пояснице, дизурическими расстройствами. В этот период в моче обнаруживаются выраженные изменения: много лейкоцитов, определяется некоторое количество белка. У 5–7% больных в период обострения может наблюдаться макрогематурия, связанная с вовлечением в процесс близлежащих вен. Обострение обычно продолжается при соответствующей терапии 2–3 нед, потом наступает ремиссия от нескольких месяцев до нескольких лет, что зависит от качества лечения обострения и дальнейшего проведения противорецидивной терапии.

Иногда у ослабленных больных со сниженной сопротивляемостью организма (в частности, у пожилых лиц) хронический пиелонефрит может принять прогрессирующее течение. Клиническое обострение превращается в непрерывное заболевание с явлениями общей интоксикации, ухудшением аппетита, снижением трудоспособности. В анализах крови, кроме указаний на воспалительный процесс, диагностируется анемия. Отмечается склонность к задержке жидкости: пастозность лица, рук, голени. Вся картина заболевания отражает распространенный воспалительный процесс в почках. Необходимо отметить, что степень распространенности воспалительного процесса в почках отражается в клинических проявлениях, но находится в прямой связи с повышением АД и нарушением функции почек.

Артериальная гипертензия обычно лабильная, с невысокими подъемами АД, наблюдается при латентном течении пиелонефрита лишь у 10–15% больных. При рецидивирующем АГ отмечается у 50%, а при прогрессирующем – у 80% пациентов, в этих случаях цифры АД становятся более высокими и стабильными. В первый период заболевания, поскольку поражается медуллярный слой почек, страдает в основном их концентрационная функция, что проявляется низким удельным весом мочи, полиурией с преобладанием выделения мочи в ночное время. При дальнейшем распространении воспалительного процесса в почках страдает уже выделительная функция, задерживаются шлаки в организме, возникает ХПН.

Своевременное лечение хронического пиелонефрита позволяет не только купировать обострение заболевания, но также перевести прогрессирующее или рецидивирующее течение в латентную форму. Необходимо погасить активный воспалительный процесс в почках, сохранить функционирующую почечную ткань, не допустить развития гипертензии, которая значительно утяжеляет течение заболевания, вовлекая в процесс сердечно-сосудистую систему.

Эта цель может быть достигнута только при постоянном контакте пациента с врачом, систематической коррекции любых проявлений обострений и профилактики их возникновения. Так что же требуется от врача для осуществления этой цели?

Врач должен поставить диагноз, уточнить, первичным или вторичным является пиелонефрит, оценить степень активности воспалительного процесса, решить вопрос о необходимости госпитализации или амбулаторного лечения, подобрать наиболее эффективную для больного терапию, осуществлять ее контроль.

А что же требуется для достижения этой цели от больного?

- Не оставлять без внимания обострение заболевания, даже если клинически оно протекает легко.
- При первых признаках обострения пиелонефрита дважды сдать анализ мочи. При подтверждении обострения согласовать с врачом тактику лечения. Обычно назначается один из антибактериальных препаратов в течение 8–10 дней. При недостаточном эффекте по результатам анализа мочи, уровня бактериурии через 2–3 нед курс антибактериальной терапии повторяется другим препаратом.
- После антибактериальной терапии больной должен в течение месяца принимать травы, обладающие дезинфицирующим и мочегонным действием: толокнянку, медвежьих ушки, пол-пола, мочегонный чай, фитолizin и др.
- В период обострения соблюдать постельный режим, так как тепло и покой улучшают почечный кровоток и способствуют быстрой ликвидации обострения.
- Соблюдать диету, не раздражающую почечную ткань. Не употреб-

лять острые блюда, уменьшить потребление поваренной соли в пище до 5 г (1 чайная ложка), не принимать алкогольные напитки, увеличить количество потребляемой жидкости до 2–3 л.

- Рекомендуется 2–3 раза в неделю в любом виде употреблять по 1 стакану клюквы или брусники (не кипятить при приготовлении!).
- При выявлении повышенного АД обязательно проводить гипотензивную терапию, рекомендуемую врачом.

Еще больному нужно помнить, что при обострениях пиелонефрита не рекомендуется повторять прием одного и того же антибактериального препарата, потому что он раньше хорошо помогал. Целесообразно менять антибактериальные препараты, так как при частом употреблении одного и того же средства к нему развивается устойчивость бактерий. Контролем эффективности и достаточности проведенной терапии является не только улучшение самочувствия, но и нормализация анализов мочи, снижение уровня бактериурии. Повышение шлаков в крови может еще не означать начальное проявление ХПН, а может быть следствием обострения пиелонефрита. Снятие активности процесса приводит к нормализации уровня шлаков в крови.

При переходе течения пиелонефрита в латентную форму больной ведет обычный образ жизни, может заниматься спортом без перегрузок, соблюдать обычный режим питания, потребляя лишь слегка недосоленную пищу, избегая острых блюд. Однако необходимо проводить профилактику обострений: избегать переохлаждения, физических перегрузок; после перенесенных инфекций дважды проводить исследование мочи; периодически принимать дезинфицирующие и мочегонные травы. Все перечисленные требования к больному, являющиеся необходимыми при лечении хронического пиелонефрита на протяжении длительного периода времени, несомненно, требуют силы воли и дисциплинированности. Но мысль о том, что при этом постепенно угасает воспаление в почках и сохраняется функционирующая почечная ткань и можно практически стать здоровым, должна укреплять пациента. ●