

**ХРОНИЧЕСКИЙ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.
ХРОНИЧЕСКИЙ
ПИЕЛОНЕФРИТ.**

Определение

- Гломерулонефриты – группа иммунных заболеваний почек, характеризующихся первичным поражением клубочков и последующим вовлечением в патологический процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию, переходом в нефросклероз и развитием синдрома хронической почечной недостаточности.
- Хронический гломерулонефрит – хроническое иммунное воспалительное заболевание почек с длительно персистирующим или рецидивирующим мочевым синдромом (протеинурия, гематурия) и постепенным ухудшением почечных функций

Этиология.

- Инфекционно-иммунный - исход острого гломерулонефрита. Факторы, способствующие переходу острого гломерулонефрита в хроническую форму: повторные охлаждения, наличие и обострение очагов инфекции, неблагоприятные условия труда и быта, злоупотребление алкоголем, травмы, инсоляция.
- Неинфекционно-иммунный нефрит - после введения вакцин и сывороток (сывороточный, вакцинный нефрит), применения некоторых лекарственных средств (сульфаниламидов, пенициллина, бутадиона и др. — лекарственный гломерулонефрит) и воздействия других химических веществ, при сенсбилизации к пищевым продуктам, пыльце растений.).
- Особые формы (генетический, радиационный).
- При системных заболеваниях соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка)

Классификация:

Клинические формы:

- ▣ Латентная (ХГ с изолированным мочевым синдромом)
- ▣ Гематурическая
- ▣ Гипертоническая
- ▣ Нефротическая
- ▣ Смешанная

Фазы:

- ▣ Обострения
- ▣ Ремиссия

Клиническая картина в зависимости от клинического варианта:

- Хронический ГН с изолированным мочевым синдромом (**латентная форма**) – 50%, незаметна для больного, нет отеков и АГ. При исследовании протеинурия (1-2 г/с, микрогематурию, лейкоцитурию, цилиндрурию. Плотность не изменяется. ХПН развивается через 10-15 лет.
- **Гематурическая** – изменения в моче – микрогематурия и невыраженная протеинурия (менее 1,5 г/сут.
- **Экстраренальная** (отеки, АГ) симптоматика отсутствует. ХПН развивается медленно.
- **Гипертоническая** – До развития ХПН 20-30 лет. Клиника – симптомы повышения АД (головные боли, нарушения зрения – пелена, мушки, характерные изменения глазного дна, боли в перикардиальной области, признаки гипертрофии левого желудочка). Сначала АГ носит интермиттирующий характер и хорошо переносится больными. Мочевой синдром выражен минимально – небольшая протеинурия, иногда микрогематурия, цилиндрурия. В отличие от ГБ эти изменения в моче при ХГ наблюдаются с самого начала заболевания. АГ постепенно становится стабильной и резистентной к лекарственной терапии, а в терминальной стадии приобретает злокачественный характер. На фоне повышенного АД возможно развитие острой левожелудочковой недостаточности.
- **Нефротическая** – характеризуется развитием нефротического синдрома. **Нефротический синдром** – симптомокомплекс, развивающийся на фоне поражения почек и включающий массивную протеинурию (из-за поражения почечного фильтра-базальной мембраны и подоцитов), нарушения белково-липидного обмена и отеки. Характеризуется: суточной протеинурии выше 3,5 г/с, гипоальбуминемии, гиперлипидемии с последующей липидурией, гиперкоагуляцией, отеками. **Чем выше протеинурия тем ниже содержание альбуминов в крови.** Из-за гипоальбуминемии – снижение онкотического давления плазмы, что ведет к отекам. Уменьшение внутрисосудистого объема жидкости приводит к активации системы ренин-ангиотензин-альдостерон, повышению тонуса симпатического отдела ВНС. Происходит высвобождение антидиуретического гормона и ингибирование синтеза предсердного натрийуретического фактора. Совокупность нейрогуморальных механизмов приводит к задержке в организме солей и воды. **Гипохромная анемия** – из-за выведения с мочой трансферина. **Гипокальциемия и вторичный гиперпаратиреоз** – из-за потери с мочой холекальциферол-связывающего белка, который приводит к дефициту витамина Д. **Снижение тироксина в крови** – из-за экскреции с мочой тироксин-связывающего белка. **Гиперлипидемия** – из-за потери с мочой белка, регулирующей липидный гомеостаз. **Гиперкоагуляция** – из-за выведения с мочой антитромбина 3, изменение концентрации протеинов ц и с, гиперфибриногенемия вследствие повышенного синтеза фибриногена печенью.
- **Смешанная** – сочетание нефротического синдрома с АГ.
- **Терминальный ГН**

Принципы и алгоритм диагностики в амбулаторных условиях.

- ▣ Для диагностики ГН абсолютно необходима биопсия почки – позволяет определить морфологический тип (вариант) ГН, единственным исключением является стероид-чувствительный НС у детей, когда диагноз устанавливается клинически, биопсия у таких пациентов остается в резерве на случай атипичного НС (ГН KDIGO, 2012).
- ▣ На амбулаторном этапе необходимо заподозрить ГН и направить пациента в нефрологическое отделение для проведения биопсии и установления окончательного диагноза ГН. Однако при отсутствии или ограниченной возможности проведения биопсии диагноз ГН устанавливается клинически.

Диагностика ГН на амбулаторном этапе

Жалобы на головную боль, потемнение мочи, отеки или пастозность ног, лица или век. Могут быть жалобы на тошноту, рвоту, головную боль.

ОГН следует заподозрить при впервые развившемся нефритическом синдроме ^С — появлении через 1–3 нед после стрептококковой или другой инфекции триады симптомов: гематурии с протеинурией, АГ и отёков. При позднем обращении к врачу (через неделю от начала и позже) возможно обнаружение изменений только в моче без отеков и АГ ^С. Изолированная гематурия при постинфекционном нефрите разрешается в течение 6 мес.

При *ХГН* выявляется один из клинико-лабораторных синдромов (мочевой, гематурический, гипертонический, нефротический, смешанный). При обострении появляются или нарастают отеки век/нижних конечностей, уменьшение диуреза, потемнение мочи, повышение АД, головная боль; при латентном ХГН клинических проявлений заболевания может не быть. В ремиссию клинические проявления и жалобы могут отсутствовать. Для *IgA нефрита*, как и для *ОГН*, характерна гематурия, однако стойкая микрогематурия более типична для *IgA нефропатии*. При *IgA нефрите* инкубационный период чаще короткий — менее 5 дней.

При *ХГН* в отличие от *ОГН*, выявляется гипертрофия левого желудочка; ангиоретинопатия II–III степени; признаки ХБП.

Клинические проявления заболевания неуклонно нарастают; присоединяются азотемия, олигоанурия, анемия, никтурия, резистентная артериальная гипертензия, сердечная недостаточность. Прогрессирование до терминальной почечной недостаточности возможно в течение 6–12 мес, при эффективности лечения возможно улучшение прогноза.

- ▣ *В анамнезе* возможны указания на перенесенную стрептококковую (фарингит) или другую инфекцию за 1–3 нед до обострения. *Причиной ГН* могут быть геморрагический васкулит, хронический вирусный гепатит В и С, болезнь Крона, синдром Шёгрена, анкилозирующий спондилоартрит, карциномы, неходжкинская лимфома, лейкозы, СКВ, сифилис, филяриатоз, малярия, шистосомоз, ЛС (препараты золота и ртути, пеницилламин, циклоспорин, НПВП, рифампицин); криоглобулинемия, интерферон-альфа, болезнь Фабри, лимфопролиферативная патология; серповидноклеточная анемия, отторжение почечного трансплантата, хирургическое иссечение части почечной паренхимы, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, приём героина, дисгенезии нефронов, ВИЧ-инфекция. В тоже время ГН может быть и идиопатическим. *При ХГН в анамнезе* могут выявляться симптомы/синдромы ХГН (отеки, гематурия, АГ).

- ▣ *Физикальное обследование* позволяет обнаружить клинические симптомы нефритического синдрома: моча цвета «кофе», «чая» или «мясных помоев»; отеки на лице, веках, ногах; повышение АД, симптомы левожелудочковой сердечной недостаточности. ХГН нередко выявляют случайно по изменениям в анализе мочи. У части больных ХГН впервые выявляется на поздних стадиях ХБП. Температура тела обычно нормальная, симптом Пастернацкого отрицательный. При вторичном ГН могут выявляться симптомы заболевания, послужившего причиной ХГН. При ХГН, впервые выявленном на стадии ХПН, выявляются симптомы уремического синдрома: сухая бледная кожа с желтоватым оттенком, расчесы, ортопноэ, гипертрофия левого желудочка.

Лабораторно-инструментальные исследования. Позволяют подтвердить диагноз ГН^С

- ▣ При ОГН и обострении ХГН в ОАК умеренное повышение СОЭ, которое может быть значительным при вторичном ГН. Анемия выявляется при гидремии, аутоиммунном заболевании или ХБП III-V стадии.
- ▣ Биохимическое исследование крови: при постстрептококковом ОГН повышен титр антистрептококковых АТ (антистрептолизина-О, антистрептокиназы, антигиалуронидазы), при ХГН повышается редко. Гипокомплементемия С3-компонента, в меньшей степени С4 и общего криоглобулина иногда выявляется при первичном, постоянно при волчаночном и криоглобулинемическом нефритах. Повышение титра IgA при болезни Берже, Ig G — при вторичных ГН при СЗСТ. Повышены концентрации С-реактивного белка, сиаловых кислот, фибриногена; снижены — общего белка, альбуминов, особенно — при нефротическом синдроме. В протеинограмме гипер- α 1- и α 2-глобулинемия; при нефротическом синдроме — гипо- γ -глобулинемия; при вторичных ГН, обусловленных системными заболеваниями соединительной ткани — гипер- γ -глобулинемия. Снижение СКФ, повышение в плазме крови концентрации креатинина и/или мочевины — при ОПП или ХБП.
- ▣ При вторичном ГН выявляются специфические для первичного заболевания изменения в крови: при волчаночном нефрите — антинуклеарные АТ, умеренное увеличение титра АТ к ДНК, LE-клетки, антифосфолипидные АТ. При ХГН, ассоциированном с вирусными гепатитами С, В — положительные HbV, HCV, криоглобулинемия; при мембрано-пролиферативном и криоглобулинемическом ГН повышен уровень смешанных криоглобулинов. При синдроме Гудпасчера выявляются антитела к базальной гломерулярной мембране.
- ▣ В моче при обострении: повышение осмотической плотности, снижение суточного объема; в осадке измененные эритроциты от единичных до закрывающих все поле зрения; лейкоциты — в меньшем количестве, но могут преобладать над эритроцитами при волчаночном нефрите, нефротическом синдроме, при этом представлены преимущественно лимфоцитами; цилиндры; протеинурия от минимальной до 1–3 г/сут; протеинурия более 3 г/сут развивается при нефротическом синдроме. Посев с миндалин, крови иногда позволяют уточнить этиологию ОГН.

- ▣ *Специальные исследования.* Биопсия почки — золотой стандарт диагностики ХГН. Показания к нефробиопсии: уточнение морфологической формы ГН, активности, дифференциальная диагностика. *УЗИ почек проводится, чтобы исключить очаговые заболевания почек, обструкцию мочевых путей: при ГН почки симметричные, контуры гладкие, размеры не изменены или уменьшены (при ХБП), эхогенность повышена. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка при ХГН с АГ.*

Общие принципы терапии в амбулаторных условиях.

- ▣ На амбулаторном этапе важно заподозрить активный ГН и направить пациента на стационарное лечение в терапевтическое или нефрологическое отделение. При наличии или угрозе осложнений госпитализация осуществляется по неотложным показаниям, в остальных случаях – в плановом порядке. До госпитализации в стационар пациенту даются рекомендации по диете, режиму, проводятся консультации узких специалистов. При острой инфекции назначается антимикробная терапия.

Ведение пациентов после лечения в стационаре.

- Осуществляется контроль за балансом жидкости, соблюдение режима и диеты, измерение АД; приём ЛС, назначенных врачом. □ Фитотерапия не применяется, возможен недлительный прием отвара шиповника, черноплодной рябины. Исключение переохлаждений, стрессов, физических перегрузок. Соблюдение режима и диеты, отказ от табакокурения, самоконтроль АД.
- Соблюдение диеты, ограничение соли при отеках и объемно-зависимой гипертензии. Ограничение белка несколько замедляет прогрессирование нефропатий. Исключают острые приправы, мясные, рыбные и овощные бульоны, подливки, крепкие кофе и чай, консервы. Запрет на употребление алкоголя, табака ^с.
- У женщин репродуктивного возраста с ГН беременность необходимо планировать в период ремиссии ГН, с учетом функции почек и уровня АД, а также прогнозировать течение беременности и ГН. Обострения ГН во время беременности, как правило, не происходит вследствие физиологических особенностей — высокого уровня глюкокортикоидов. Беременность обычно хорошо вынашивают при IgA нефропатии. Женщины с СКФ ниже 70 мл/мин, неконтролируемой гипертензией или тяжелыми сосудистыми и тубулоинтерстициальными изменениями в почечном биоптате имеют риск снижения функции почек.

Показания к госпитализации.

- ▣ Активный или впервые выявленный ГН (ОГН, ХГН, БПГН) или подозрение на ГН являются показанием к госпитализации^С. Показаниями к госпитализации также являются необходимость уточнения диагноза (при относительно быстром снижении функции почек, изолированном мочевым симптоме или дифдиагностики), для проведения биопсии с целью уточнения морфологического диагноза и оценки активности ГН), экспертной оценки, и иммуносупрессивной терапии и начала активной терапии.

Профилактика.

- Исследований о влиянии *первичной профилактики* на рецидивы ГН, отдалённый прогноз, почечную выживаемость недостаточно. Первичная профилактика не проводится. Тем не менее, антибактериальное лечение больных фарингитом и контактных (1), начатое в течение первых 36 часов позволяет добиться отрицательных результатов бакпосева и может предотвратить (но не обязательно) развитие нефрита^D, Антимикробная терапия инфекций позволяет предупредить развитие постинфекционного ГН, но наблюдений недостаточно (уровень доказательности: 1)
- *Вторичная профилактика*. Лечение преднизолоном, иногда в сочетании с циклофосфаном снижают вероятность рецидивов нефротического синдрома при ИГА-нефрите. Стероиды при ИГА-нефропатии внутрь длительно (до 4 мес) улучшают число ремиссий нефритического синдрома. Комбинированная терапия преднизолоном с циклофосфаном ГМИ снижает частоту рецидивов заболевания по сравнению с монотерапией преднизолоном.

- Диспансерное наблюдение у нефролога, терапевта или врача общей практики при ОГН в течение года, при ХГН – пожизненно (ежеквартально - измерение АД, анализ крови, мочи, суточная протеинурия при нефротическом синдроме, определение содержания креатинина и/или мочевины сыворотки крови, уровня липидов при исходном повышении, консультации стоматолога, оториноларинголога; по показаниям: титр АСЛО, консультации окулиста, гинеколога

- Санаторно-курортное лечение в период ремиссии. Режим, диета. Подсчет темпов прогрессирования нефрита. Завершение/продолжение иммуносупрессивной терапии, прием ИАПФ, гиполипидемических препаратов, рыбьего жира. Тонзилэктомия у больных с частыми обострениями тонзиллита и последующими рецидивами ХГН замедляет прогрессирование ХГН.

Хронический пиелонефрит.

- ▣ Пиелонефрит - неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки мочевых путей, паренхимы почек, с преимущественным поражением интерстициальной ткани, лоханки и чашечки.

Этиология хронического пиелонефрита

- КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА
- ЭНТЕРОКОКК
- ПРОТЕИ
- СТАФИЛОКОКК
- СТРЕПТОКОКК
- МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Источники инфекции

- КАРИОЗНЫЕ ЗУБЫ, ХР. ТОНЗИЛЛИТ, ХР. ГАЙМОРИТ, ФРОНТИТ, ОТИТ, ФУРУНКУЛЛЕЗ, МАСТИТ, ОСТЕОМИЕЛИТ, ХОЛЕЦИСТИТ, УРЕТРИТ, ЦИСТИТ, ПРОСТАТИТ, АДНЕКСИТ, КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ЦИСТОСКОПИЯ, РЕТРОГРАДНАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ.

Факторы способствующие развитию пиелонефрита

- **Общие факторы.** К общим факторам относятся состояние организма, его иммунологическая реактивность, наличие каких-либо заболеваний или других факторов, снижающих защитные силы организма (переутомление, общее охлаждение, сахарный диабет и т. д.).
- **Местные факторы.** Из местных факторов самыми частыми являются нарушенный пассаж мочи и наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Классификация

Выделяют:

■ *первичный хронический пиелонефрит*, развивающийся в интактной почке (без аномалий развития и диагностированных нарушений уродинамики ВМП);

■ *вторичный хронический пиелонефрит*, возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи:

◇ аномалии развития почек и мочевыводящих путей; ◇ мочекаменная болезнь;

◇ стриктуры мочеточника различной этиологии;

◇ болезнь Ормонда (ретроперитонеальный склероз);

◇ пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия;

◇ аденома и склероз простаты;

◇ склероз шейки мочевого пузыря;

◇ нейрогенный мочевой пузырь (особенно гипотонического типа);

◇ кисты и опухоли почки;

◇ новообразования мочевыводящих путей;

◇ злокачественные опухоли половых органов. По локализации процесс может быть одно- или двусторонним. Выделяют фазы хронического пиелонефрита:

■ активного воспаления;

■ латентного воспаления;

■ ремиссии или клинического выздоровления.

Жалобы

В активную фазу хронического пиелонефрита больной жалуется на тупую боль в поясничной области. Дизурия нехарактерна, хотя и может присутствовать в виде учащённого болезненного мочеиспускания различной степени выраженности. При детальном расспросе пациент может привести массу неспецифических жалоб:

- на эпизоды познабливания и субфебрилитета;
- дискомфорт в поясничной области;
- утомляемость;
- общую слабость;
- снижение работоспособности и т.д.

При развитии ХПН или канальцевой дисфункции жалобы часто определяются этими симптомами. В латентную фазу заболевания жалобы могут вообще отсутствовать, диагноз подтверждают лабораторными исследованиями. В стадию ремиссии основываются на анамнестических данных (в течение не менее 5 лет); жалоб и лабораторных изменений не выявляют

Анамнез

При опросе необходимо обратить внимание на характерные эпизоды боли в поясничной области, сопровождающиеся лихорадкой, на эффективность антибактериальной терапии, а также на симптомы ХПН в анамнезе.

Важно выяснить наличие у больного:

- очагов хронической инфекции;
- аномалий почек и мочевыводящих путей;
- болезней, способных вызвать нарушение пассажа мочи;
- нарушений углеводного обмена и степень их коррекции;
- иммунодефицита, возникшего вследствие какого-либо заболевания или индуцированного лекарственными препаратами.

Важны сведения о перенесённых воспалительных заболеваниях инфекционной этиологии, приёме антибактериальных препаратов и их эффективности. У беременных необходимо выяснять срок беременности и особенности её течения

Физикальное обследование

При обследовании больного хроническим пиелонефритом обращают внимание:

- на болезненность при пальпации в области почки;
- положительный симптом Пастернацкого с поражённой стороны;
- наличие полиурии.

Обязательно измерение артериального давления, температуры тела. Особую склонность к артериальной гипертензии выявляют у больных вторичным хроническим пиелонефритом на фоне аномалий почек.

Лабораторная диагностика

■ При лабораторном исследовании выявляют лейкоцитурию (в большинстве случаев нейтрофильную) и бактериурию. Возможны небольшая протеинурия (до 1 г/сут), микрогематурия, гипостенурия, щелочная реакция мочи.

Дальнейшее обследование для уточнения диагноза хронического пиелонефрита в активной стадии индивидуально для каждого больного.

■ Бактериологический анализ мочи показан всем больным для выявления возбудителя заболевания и назначения адекватной антибактериальной терапии. При количественной оценке степени бактериурии значимым считают уровень 10^4 КОЕ/мл. В нестандартных случаях (при полиурии или иммуносупрессии) клинически значимой может быть и меньшая степень бактериурии.

■ В общем анализе крови обращают внимание на гематологические признаки воспаления:

▣ нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево; ▣ повышенная СОЭ.

■ Биохимический анализ крови позволяет уточнить функциональное состояние печени и почек.

■ Пробу Реберга выполняют при минимальном подозрении на ХПН.

■ Анализ на суточную протеинурию и качественные исследования экскретируемых белков выполняют в спорных случаях для дифференциальной диагностики с первичными клубочковыми поражениями почек.

При выраженной артериальной гипертензии и проблемах в подборе гипотензивной терапии важно выполнить анализ крови на содержание ренина, ангиотензина и альдостерона.

■ Для рутинной диагностики рекомендуется проведение общего анализа мочи с определением лейкоцитов, эритроцитов и нитритов .

■ При определении количества колоний возбудителя $>10^4$ КОЕ/мл бактериурия считается клинически значимой.

Инструментальное исследование

УЗИ позволяет диагностировать:

- отёк паренхимы при обострении;
- уменьшение размеров почки, её деформацию, повышенную эхогенность паренхимы (признаки нефросклероза) при длительно текущем пиелонефрите вне обострения. Расширение чашечно-лоханочной системы свидетельствует о нарушении пассажа мочи. Кроме того, доплеровское исследование позволяет уточнить степень нарушения кровотока.

- Для исключения обструкции мочевых путей или мочекаменной болезни

По данным экскреторной урографии выявляют специфические рентгенологические признаки пиелонефрита. Однако основная цель её выполнения — уточнение состояния мочевыводящих путей и диагностика нарушения пассажа мочи.

- Радиоизотопные методы исследования проводят для решения вопроса о симметричности нефропатии и оценки функционального состояния почки.

- КТ и МРТ показаны для диагностики заболеваний, провоцирующих развитие пиелонефрита:

- ◇ мочекаменной болезни (КТ, КТ с контрастированием);
- ◇ опухолей и аномалий развития почек и мочевыводящих путей (КТ с контрастированием, МРТ).

- Биопсию почки применяют для дифференциальной диагностики с другими диффузными поражениями почечной ткани, особенно при решении вопроса о необходимости проведения иммуносупрессивной терапии.

Показания к консультации других специалистов

Всем пациентам при обострении первичного хронического пиелонефрита, а при вторичном — и вне обострения показана консультация уролога. При появлении признаков ХПН, канальцевой дисфункции, а также при сомнениях в диагнозе необходима консультация нефролога. В ситуации, когда нельзя исключить острое хирургическое заболевание, требуется заключение хирурга. При подозрении на туберкулёз — консультация фтизиатра.

Цель лечения

- ▣ Ликвидация или уменьшение активности воспалительного процесса, что возможно лишь при восстановлении оттока мочи и санации мочевыводящих путей.

Показания к госпитализации

- При обострении вторичного пиелонефрита показана экстренная госпитализация в урологическое отделение в связи с потенциальной необходимостью оперативного лечения. При обострении первичного необструктивного пиелонефрита антибактериальную терапию можно начать в амбулаторных условиях; госпитализируют только больных с осложнениями или при неэффективности проводимой терапии.
- Плановая госпитализация показана в неясных случаях для стационарного обследования и при выраженной гипертензии для проведения дополнительных исследований и подбора гипотензивной терапии.
- Необходима госпитализация в стационар при невозможности устранения факторов, осложняющих течение заболевания, доступными диагностическими методами и/или если у пациента определяются клинические признаки и симптомы сепсиса.

Немедикаментозное лечение

- При хроническом пиелонефрите необходимо поддерживать достаточный диурез. Объём выпиваемой жидкости должен составлять 2000 – 2500 мл/сут. Рекомендовано применение мочегонных сборов, витаминизированных отваров (морсов) с антисептическими свойствами (клюква, брусника, шиповник).
- Вне обострения возможно санаторно-курортное лечение в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце и на курортах местного значения, ориентированных на лечение почечных заболеваний.
- Больным хроническим пиелонефритом, осложнённым артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано ограничение потребления поваренной соли (5 – 6 г/сут) и жидкости (до 1000 мл/сут)^В [2 – 5, 8, 9, 11].

Медикаментозное лечение

В лечении хронического пиелонефрита ведущее значение имеет антибактериальная терапия. Это заболевание способны вызывать многие виды микроорганизмов, против которых может быть применён любой из имеющихся в настоящее время антибактериальных препаратов.

По возможности следует избегать назначения:

- высокотоксичных медикаментов;
- дорогостоящих лекарственных средств;
- резервных антибиотиков.

Лечение антибактериальными препаратами при хроническом пиелонефрите предпочтительно проводить после выполнения бактериологического анализа мочи с идентификацией возбудителя и определением его чувствительности к антибиотикам. Сложности вызывает эмпирический подбор препаратов. Тем не менее данный вид терапии при этом заболевании используют редко.

Гипотензивную терапию при хроническом пиелонефрите проводят по обычным схемам. Однако необходимо отметить, что артериальная гипертензия в большинстве случаев связана с повышением уровня ренина крови, поэтому базовыми препаратами считают ингибиторы АПФ. В случае их непереносимости (в основном из-за кашля) препаратами выбора будут антагонисты рецепторов ангиотензина II. Дозы лекарственных средств таким пациентам в связи с частым нефросклерозом (возможно, двусторонним) обязательно подбирают с учётом пробы Реберга.

При обострении/ рецидивировании пиелонефрита назначение антибиотикотерапии допустимо только после устранения нарушений пассажа мочи и должно сопровождаться эрадикацией корригируемых факторов риска, при возможности удалением или сменой ранее установленных дренажей.

■ При рецидивировании острого неосложнённого пиелонефрита лёгкой и средней степени тяжести достаточно назначения пероральной терапии в течение 10 – 14 дней.

Дальнейшее ведение после госпитализации

При отсутствии обострений показана длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами: цистоном, канефроном Н и т.д.

В случае присоединения артериальной гипертензии обязательна постоянная гипотензивная терапия.

Обучение больного

- ▣ Необходимо довести до сведения пациента:
 - ▣ ■ возможные меры профилактики обострений пиелонефрита;
 - ▣ ■ опасность бесконтрольного приёма антибактериальных препаратов;
 - ▣ ■ необходимость периодического контроля артериального давления;
 - ▣ ■ порядок действий при обострении заболевания.

Прогноз

- ▣ Прогноз для жизни при хроническом пиелонефрите благоприятен. Адекватная антибактериальная терапия и своевременные оперативные вмешательства позволяют длительное время поддерживать функции почки. Однако прогноз существенно различается при разных формах заболевания. Так, при первичном хроническом двустороннем пиелонефрите ХПН развивается в среднем через 5—8 лет, достигая терминальной стадии через 10—15 лет. При вторичном процессе прогноз в значительной степени определяется урологическим заболеванием, лежащим в основе пиелонефрита. В среднем терминальная стадия ХПН у этих больных при адекватном лечении развивается через 10—20 лет. При ретроспективном анализе получены данные о том, что в течение 10 лет хронический пиелонефрит приводит к терминальной стадии ХПН у 47,8% пациентов [3, 4, 9].