

Пиелонефрит хронический

Farma 23-04-2011 14:10 17 2290

Пиелонефрит хронический - хронический инфекционный воспалительный процесс, при котором поражаются чашечно-лоханочная система и тубулоинтерстициальная зона, а в последующем - корковый слой почек.

Морфологически ХП в первую очередь характеризуется поражением слизистой оболочки чашечно-лоханочной системы, сменой свойственной острому пиелонефриту нейтрофильной инфильтрации мозгового слоя лимфогистиоцитарной, очаговым интерстициальным склерозом и фиброзом, атрофией (нередко тироидизацией) канальцевого эпителия. Поражение клубочков проявляется вторичным гиалинозом, а при длительно персистирующем ПМР - картиной фокально-сегментарного гломерулярного гиалиноза (ФСГГ). Хронический пиелонефрит, вызванный флорой, расщепляющей уреазу мочи, индуцирует вторичный нефролитиаз. Формируются быстро растущие смешанные (фосфатные), часто коралловидные конкременты, что усугубляет течение воспалительного процесса в почках, т.е. образуется порочный круг.

Клиническая картина хронического пиелонефрита

Известно несколько вариантов течения ХП:

- *Рецидивирующий вариант в период обострений, вызванных, как правило, обструкцией мочевых путей, по клинической картине сходен с острым пиелонефритом. Вне рецидива могут сохраняться умеренные боли в пояснице, дизурия, следовая протеинурия и умеренная лейкоцитурия. Иногда наблюдаются параспецифические реакции (суставной синдром, кожные васкулиты) как проявление вторичной микробной аллергии.*

-
- *Субклинический (латентный) вариант характерен для ХП с врожденным ПМР. Может протекать бессимптомно в течение многих лет, проявляясь непостоянным слабовыраженным мочевым синдромом. У части больных с ПМР отмечается своеобразная дизурия: неприятные ощущения в пояснице и познабливание в момент мочеиспускания, двухэтапное мочеиспускание, при котором через несколько минут после опорожнения мочевого пузыря выделяется вторая, дополнительная, порция мочи. Этот вариант ХП часто проявляется клинически при далеко зашедшем тубулоинтерстициальном и гломерулярном поражении, когда развиваются полиурия и анемия. При этом на фоне умеренной или минимально выраженной лейкоцитурии развиваются значительная нарастающая протеинурия (2-3 г/л) и тяжелая артериальная гипертензия, обусловленная вовлечением в процесс клубочков по типу ФСГГ.*
-
- *Гипертонический вариант. Для него также характерны стертые течение и скудость проявлений при лабораторных исследованиях, в связи с чем возникают трудности при дифференциальной диагностике с гипертонической болезнью, тем более что инфекция мочевых путей часто присоединяется к эссенциальной гипертензии. Артериальная гипертензия при ХП до развития почечной недостаточности наблюдается примерно у половины больных и обычно хорошо контролируется гипотензивными препаратами. Злокачественная гипертензия при ХП встречается редко, обычно при пиелонефритическом сморщивании почки или сочетании ХП с атеросклеротическим стенозированием почечной артерии (сенильный пиелонефрит).*
-
- *Тубулопатические варианты. Для них характерны тяжелые нарушения канальцевых функций. Так, при потере способности к адекватной тубулярной реабсорбции натрия (сольтеряющая почка) и сохранной фильтрационной функции развивается клиническая картина, сходная с таковой при аддисоновой болезни (псевдоаддисонизм): артериальная гипотензия с ортостатическими коллапсами, полиурия, выраженная*

мышечная слабость, тошнота, рвота. Обнаруживают гиперкалиемию, не соответствующую степени снижения клубочковой фильтрации, гипонатриемию, дегидратацию с увеличением гематокрита, метаболический ацидоз. Криз обессоливания провоцируется ограничением потребления натрия, назначением салуретиков, верошпирона.

-
- *Хронический пиелонефрит с нарушением почечного ацидогенеза (с почечным канальцевым ацидозом дистального типа) проявляется тяжелой гипокалиемией с псевдопараличами, метаболическим ацидозом и нарушениями фосфорно-кальциевого обмена. Потеря кальция из костной ткани с гиперкальциурией приводит к остеомаляции, нефрокальцинозу, нефролитиазу, усугубляющим течение ХП.*
-
- *Псевдоопухолевый вариант. Диагностика его сопряжена с большими трудностями. Фокальный ксантогранулематозный пиелонефрит по клинической картине напоминает аденокарциному почки. Он проявляется резистентной к антибиотикам лихорадкой, похуданием, гипертензией, микрогематурией, увеличением почки, пальпируемой в виде плотного бугристого образования, а также гепатомегалией.*
-
- *Пиелонефрит с вторичным коралловидным рентгенонегативным нефролитиазом и рецидивами макрогематурии (за счет некротического папиллита) также трудно разграничить с аденокарциномой почки и опухолью чашечно-лоханочной системы.*

Диагностика хронического пиелонефрита

Важно выявить асимметричное поражение почек (эхография, хромоцистоскопия, динамическая нефросцинтиграфия, внутривенная урография) и обнаружить почечную лейкоцитурию и бактериурию (проба Нечипоренко, лейкоцитарная формула мочи, лейкоцитарные цилиндры, повторные посевы мочи по Гулду). Важное значение имеет также выявление ПМР с помощью микционной цистографии, цистореносцинтиграфии. В сложных для диагностики случаях используют компьютерную рентгенографию и почечную рентгеноконтрастную ангиографию и флебографию.

В некоторых случаях ХП трудно отличить от хронического гломерулонефрита, хронического тубулоинтерстициального нефрита, гипертонической болезни и симптоматической гипертензии, а также от туберкулеза и опухолей почки.

Лечение хронического пиелонефрита

Основные принципы лечения те же, что при остром пиелонефрите: восстановление нормального пассажа мочи (удаление конкремента, аденомы предстательной железы, ликвидация ПМР) с последующим назначением антибиотиков. Однако при обострении ХП антибактериальную терапию проводят более длительно (курсами по 1,5-2 мес с 2-недельными перерывами) с учетом степени снижения клубочковой фильтрации.

При пиелонефрите с начальными признаками ХПН противопоказаны нефротоксичные антибиотики (полимиксины, стрептомицин, тетрациклины), должны быть уменьшены дозы гентамицина, цефалоспоринов, нитрофуранов. В период ремиссии воспалительного процесса полезно использовать отвары лекарственных трав (толокнянка, полевой хвощ, корень солодки), клюквенный морс.

При проведении гипотензивной терапии у больных ХП с полиурией, теряющих с мочой натрий, следует избегать ограничения соли и жидкости в диете, с осторожностью применять мочегонные средства. Из рациона больного должны быть исключены острые блюда, алкоголь. Ограничение потребления белков рекомендуется при появлении признаков ХПН с учетом ее тяжести. Нельзя допускать запора. При выраженных нарушениях водно-электролитного баланса (тубулопатиях) необходима корректирующая и заместительная терапия.