

Строцкий А.В., Мойсевич В.Л. Лечение острого неосложненного пиелонефрита // Мед. панорама. - 2006. - №2. - С.38- 39.

Инфекции мочевыводящих путей занимают одно из ведущих мест среди неспецифических воспалительных заболеваний человека. Выделяют осложненные и неосложненные инфекции нижних и верхних мочевых путей. Они различаются по частоте, характеру течения, этиологическим факторам и подходам к лечению.

К инфекциям верхних мочевых путей относят острый и хронический пиелонефриты. Острый пиелонефрит без признаков обструкции верхних мочевых путей и заболеваний, приводящих к нарушению уродинамики, у небеременных женщин, при отсутствии сахарного диабета и заболеваний, сопровождающихся нейтропенией и другими нарушениями иммунитета, относится к неосложненным инфекциям (5,6). Четкая дифференциальная диагностика между осложненными и неосложненными инфекциями верхних мочевых путей позволяет правильно оценить характер процесса и выбрать тактику лечения

Этиологическими факторами, приводящими к развитию острого неосложненного пиелонефрита, чаще всего являются *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Citrobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococcus spp.*, нередко их ассоциации. Многочисленные исследования по определению чувствительности указанных возбудителей к антибактериальным препаратам свидетельствуют о том, что при неосложненных формах пиелонефрита они нередко оказываются устойчивыми к ряду препаратов (ампициллин, бисептол) часто назначаемых практическими врачами (1,2). В результате развиваются гнойные формы пиелонефрита, затягиваются сроки лечения, процесс нередко принимает хроническое течение.

К препаратам, к которым основные возбудители острого неосложненного пиелонефрита сохраняют большую чувствительность, относят фторхинолоны. Согласно данным Л.С.Страчунского и соавт. (4) резистентность грамотрицательной микрофлоры к фторхинолонам не превышает 3-5%. Среди них абактал (пемфлоксацин), ингибируя ДНК-гиразу, репликацию А-субъединицы ДНК, РНК и синтез белков, влияя на все фазы клеточного цикла большинства грамотрицательных микроорганизмов, привлекает внимание урологов тем, что экскретируется преимущественно почками, создавая хорошую терапевтическую концентрацию в моче. В связи с этим мы провели исследование по его применению в лечении больных с острым неосложненным пиелонефритом.

У 21 больного (19 женщин, 2 мужчины) в возрасте 19-69 лет с острым или обострением хронического пиелонефрита при отсутствии обструкции верхних мочевых путей мы использовали лечение абакталом (пемфлоксацин). Диагноз устанавливался на основании жалоб (боли в поясничной области, повышение температуры, нередко этому предшествовали дизурические рас-

стройства), а также клинического обследования. Кроме общего анализа крови, мочи, обязательно проводилось ультразвуковое исследование или РРГ для исключения обструкции мочевых путей, части больным проведено рентгенологическое обследование (обзорная и внутривенная урография). Лечение назначалось сразу после обследования. У 14 больных произведен посев мочи на микрофлору до начала лечения.

Абактал в дозе 400 мг вводился дважды в сутки внутривенно капельно.

Результаты. При поступлении у всех больных отмечалось повышение температуры тела выше 38 град С, что сопровождалось слабостью, потливостью, тахикардией. Нормализация температуры наблюдалась в течение 1-4 сут, в среднем на третьи сутки (2,8 сут) от начала лечения. При этом отмечалось исчезновение болевого синдрома и дизурических явлений. Одновременно происходила нормализация общего анализа крови и мочи. К пятым суткам от начала лечения лейкоцитоз крови уменьшался с $11,6 \times 10^9$ в 6 степени (среднее значение) до $7,0$. При этом, если лейкоцитурия до лечения определялась у всех больных, то к пятым суткам она оставалась только у четырех, причем в значительно меньшей степени.

Средняя длительность пребывания в стационаре составила 6,2 сут. Из 14 больных, у которых был взят посев мочи на микрофлору, у четырех она была высеяна, причем у всех определена кишечная палочка. Переносимость препарата была хорошей, лишь у одной больной отмечались головокружения.

Таким образом, фторхинолоны (абактал) являются эффективным средством в лечении неосложненного пиелонефрита, позволяющим в короткие сроки добиться хорошего клинического и объективного результата. При этом возможно внутривенное использование препарата до получения хорошего клинического эффекта (нормализация температуры, исчезновение симптомов интоксикации, уменьшение степени лейкоцитоза), для чего обычно достаточно 2-3 сут. Затем можно перейти к оральному использованию препарата, т.е. продолжить лечение амбулаторно.

Обсуждая полученные результаты, следует обратить внимание на следующее. Прежде всего, достигнутый хороший клинический эффект обусловлен большой чувствительностью микрофлоры, вызвавшей воспаление, к применяемому препарату, что подтверждает имеющиеся в литературе микробиологические исследования, свидетельствующие о том же. С клинической точки зрения необходимо подчеркнуть, что при такой высокой чувствительности микрофлоры к препарату, его назначение возможно у больных с пиелонефритом только в случаях, когда врач убежден и имеет объективные данные, свидетельствующие об отсутствии нарушения оттока мочи из пораженной почки. Назначение подобного лечения при нарушенной уродинамике может привести к нежелательным осложнениям – бактериемическому шоку. Поэтому планирование лечения больных с острым пиелонефритом должно проходить только после обследования, прежде всего направленного на определение характера уродинамики со стороны пораженной почки (РРГ, УЗИ, внутривенная урография). Несомненно, что в процессе обследования необхо-

димо определить по возможности стадию воспалительного процесса и степень выраженности интоксикации.

При подозрении на гнойный пиелонефрит, а также при выраженной интоксикации больной должен быть госпитализирован в стационар для проведения инфузионной терапии и динамического наблюдения. Если исходить из приведенной современной классификации, все обследование должно быть направлено на дифференциальную диагностику осложненного и неосложненного пиелонефрита. Больные с острым неосложненным пиелонефритом при отсутствии выраженных симптомов интоксикации могут не госпитализироваться, а антибактериальное лечение (абактал) получать в виде таблетированной формы в домашних условиях. Естественно, что при этом необходимо динамическое наблюдение, которое должен осуществлять уролог, назначивший лечение, или участковый врач.

Длительность курса антибактериального лечения, на наш взгляд, не должна быть менее семи, а лучше десяти суток, что совпадает с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (3). Так, если клинически мы наблюдали улучшение и даже нормализацию общего состояния через 2-4 суток от начала лечения, то нормализация анализов крови и мочи у части больных в это время еще не наступала. Это является косвенным свидетельством продолжающегося воспалительного процесса, что не позволяет исключить наличие и возбудителя инфекции. Естественно, что мониторинг за степенью бактериурии в течение лечения позволил бы более точно и обоснованно ответить на этот вопрос, но данное исследование не ставило перед собой такой цели.

Вполне вероятно, что сохраняющаяся лейкоцитурия может являться на этом этапе не столько свидетельством оставшегося незелеминируемого возбудителя инфекции, сколько отражением продолжающегося воспаления в почке, вызванного микроорганизмом. С этой точки зрения, страхуясь, мы продолжили курс лечения в виде таблетированной формы абактала амбулаторно, сочетая его с назначением иммуномодуляторов, растительных мочегонных и противовоспалительных средств, а также нитрофуранов. Следует отметить, что назначение растительных мочегонных средств назначалось в течение одного месяца после окончания курса антибиотикотерапии, однако отвары трав или их комбинаций далеко не всегда принимались больными в течение назначенного времени, поскольку их приготовление не всегда было удобно для пациентов. В последнее время мы перешли к таблетированной форме канефрона, что было положительно оценено больными.

Применение мочегонных и спазмолитических средств растительного происхождения после купирования острого воспаления в почке, на наш взгляд, весьма оправдано, поскольку способствует прежде всего нормализации уродинамики. Известно, что именно нарушение уродинамики является одним из важнейших пусковых механизмов развития воспаления в почках. В тоже время форсирование диуреза способствует «промыванию» мочевыводящих путей от слущенного в результате воспаления эпителия, погибших лейкоцитов, слизи, которые могут явиться очагами, где может оставаться

микробный возбудитель, впоследствии становящийся очагом рецидивирования воспаления.

Таким образом, лечение острого неосложненного пиелонефрита фторхинолонами (абакталом) позволяет быстро добиться хорошего клинического эффекта при хорошей переносимости препарата. Перевод больного на таблетированную форму лечения в амбулаторных условиях позволяет уменьшить длительность пребывания больного в стационаре.

Литература.

1. Елагин Р.И. Выбор антибиотика для лечения осложненных инфекций мочевыводящих путей // *Consilium-provisorum.*-2005.-№2, т.4.-С.1-3.

2. Моисеев С.В. Практические рекомендации по антибактериальной терапии и профилактике инфекций мочевыводящих путей с позиций доказательной медицины // *Инфекция и антимикробная терапия.*-2003.-№3, т.5.-С.1-9.

3. Набер К.Г., Бергман Б., Бишоп М.К., Бьерклунд-Йохансен Т.Е., Ботто Г., Лобель Б., Круз Ф.Д., Селвагги Ф.П. Рекомендации европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин // *Клин. микробиол. и антимикробная химиотерапия.*- 2002.-№4, т.4.-С.347-363.

4. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белюсова, С.Н.Козлова. М.: Боргес, 2002; 384 с.

5. Hooton T.M. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection // *Infect. Dis. Clin. North. Am.*- 1997.-11.-P.551-581.

6. Stamm W.E. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis acute pyelonephritis in women // *Clin. Infect. Dis.*-1999.-29.-P.745-758.