

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Под редакцией профессора А.Л. Вёрткина

УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» по ПМ.03, МДК.03.01 «Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе» по дисциплине «Скорая медицинская помощь», и для образовательных учреждений дополнительного профессионального образования по дисциплине «Скорая и неотложная помощь»

Регистрационный номер рецензии 331 от 15 июня 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

СИНДРОМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ В УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

Определение

Острый пиелонефрит (ОПН) — неспецифическое инфекционное воспаление чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек.

Этиология и патогенез

ОПН вызывают:

- *Escherichia coli*;
- *Klebsiella spp.*;
- *Proteus spp.*;
- *Pseudomonas spp.*

Пути проникновения инфекционного агента в почку:

- восходящий — очаги хронического воспаления находятся в женских половых органах, нижних мочевых путях и (реже) в толстой кишке;
- гематогенный — источником является острый или подострый воспалитель-

ный процесс вне мочевых путей (мастит, фурункул или карбункул и др.).

Предрасполагающие к развитию ОПН факторы — нарушения гемо- или уродинамики в почке или верхних мочевых путях. ОПН чаще наблюдается у женщин.

Инфекция, попав в почку, находит благоприятные условия в зонах гипоксии, где и возникает воспалительный процесс. Инфицированный тромб или эмбол в конечных сосудах коркового вещества почки вызывает инфаркт с последующим нагноением. Возникновение множественных мелких нагноившихся инфарктов в корковом веществе — это апостематозный нефрит. Развитие обширного инфаркта с последующим нагноением ведет к формированию карбункула почки.

Классификация

По патогенезу различают первичный и вторичный пиелонефрит (рис. 6.1).

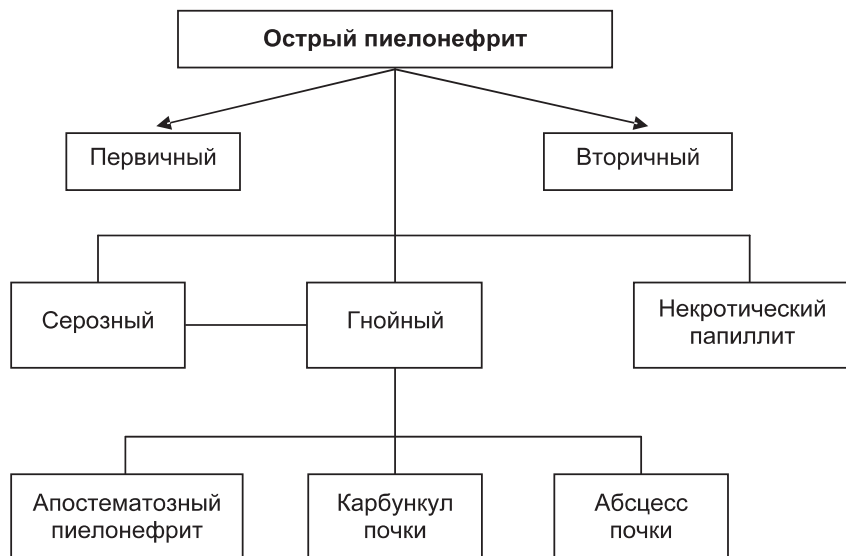


Рис. 6.1. Классификация острых пиелонефритов

В основе вторичного пиелонефрита лежат органические или функциональные изменения в почках и мочевых путях.

По наличию пассажа мочи по верхним мочевым путям, т.е. из почки в лоханку и далее по мочеточнику:

- сохранен — **необструктивный** ОПН;
- нарушен — **обструктивный** ОПН.

Клиническая картина

Проявления ОПН:

- озноб;
- высокая температура тела (38–39 °С и выше);
- боль в пояснице (в боку);
- нередко тошнота и рвота;
- общая интоксикация.

Часто ОПН предшествует учащенное, болезненное в конце мочеиспускание (клиническая картина острого цистита).

Необструктивный ОПН может начаться с дизурии, и в тот же день или через 1–2 дня присоединяются высокая температура тела, озноб и боли на стороне пораженной почки. Озноб может сменяться проливным потом с кратковременным снижением температуры тела; боль в поясничной области может появляться во время мочеиспускания и в этом случае предшествовать ознобу и лихорадке (пузырно-мочеточниковый рефлюкс), а после них больше не повторяться (разрыв форникса одной или нескольких чашечек и резорбция мочи — форникальный рефлюкс).

Обструктивный ОПН (окклюзия мочеточника камнем, продуктами хронического воспаления почки, внешнее сдавление — ретроперитонеальный фиброз, рак внутренних половых органов, увеличенные лимфатические узлы и т.д.) начинается с постепенно нарастающей или острой боли в пояснице на стороне поражения с последующим ознобом и повышением температуры тела.

Возможные осложнения

Осложнения обструктивного ОПН:

- развитие гнояного процесса;
- выраженные нарушения функциональной способности почек;
- бактериотоксический шок;
- уросепсис;
- токсический гепатит;
- паранефрит;
- пионефроз.

Диагностика

Опрос и осмотр

При сборе анамнеза обращают внимание на:

- недавнее переохлаждение;
- хронический пиелонефрит;
- мочекаменную болезнь;
- заболевания женских половых органов, предстательной железы;
- перенесенные операции на почках и мочевых путях и т.д.

Проверяют соответствие частоты пульса температуре тела, выявляют боль в подреберье при пальпации живота и положительный симптом поколачивания по пояснице (симптом Пастернацкого) на стороне пораженной почки.

Дифференциальная диагностика

ОПН дифференцируют с:

- инфекционными заболеваниями, протекающими с лихорадкой и ознобом и не сопровождающимися локализованным в поясничной области болевым синдромом;
- хирургической патологией органов брюшной полости, при которой сильные боли отмечают часто, а выраженное повышение температуры и дизурические явления — редко.

Основные направления терапии

Нормализация пассажа мочи из почки:

- установка мочеточникового катетера или стента.

Антибактериальная терапия ОПН (в большинстве случаев эмпирическая) зависит от степени тяжести ОПН:

- легкая — препараты для приема внутрь из группы фторхинолонов;
- среднетяжелая и тяжелая — парентерально аминогликозиды в сочетании с ампициллином или без него, фторхинолоны, цефалоспорины III и IV поколения в сочетании с аминогликозидами или без них.

Алгоритм неотложной помощи при ОПН представлен на рисунке 6.2.

- При температуре тела 38,0–39,0 °С вопрос о необходимости применения жаропонижающих препаратов решают индивидуально с учетом вида лихорадки («бледная» или «розовая»), сопутствующих заболеваний, общего состояния больного.
- При температуре тела выше 39,0 °С: парацетамол 500–1000 мг (1–2 таблетки), или ацетилсалициловая кислота 500–1000 мг (1–2 таблетки), или парацетамол + ибупрофен (ибуклин[®]) 1–2 таблетки внутрь, или метамизол натрия (анальгин[®]) 50% 2 мл внутримышечно.
- У детей выбор препарата и его доза определяются возрастом и массой тела.
- **При развитии септического шока — оказание помощи по протоколу «Септический шок».**

Часто встречающиеся ошибки терапии

Консервативное ведение больного с обструктивным пиелонефритом.

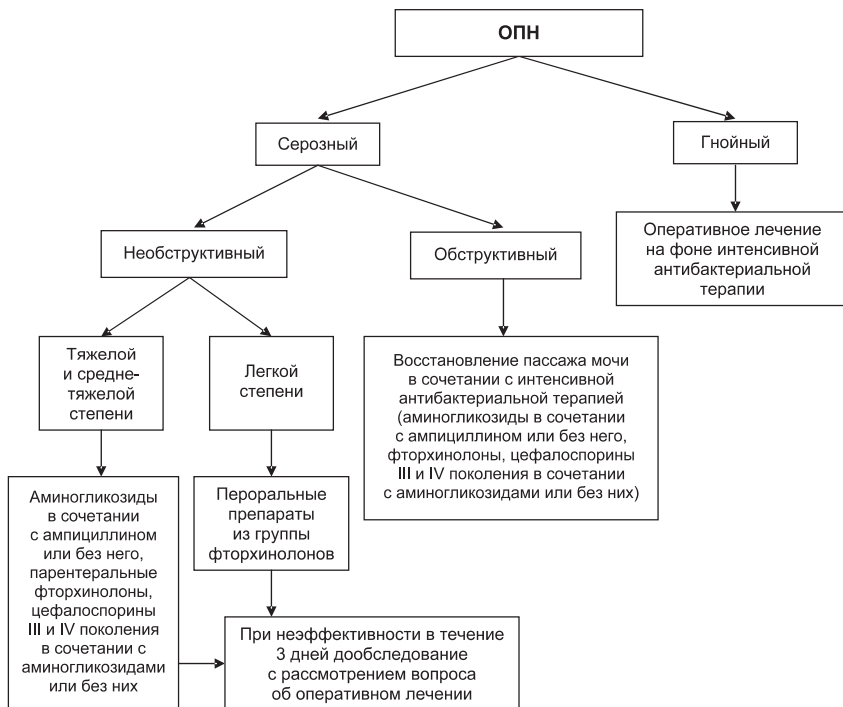


Рис. 6.2. Алгоритм неотложной помощи при остром пиелонефрите

Продолжение неэффективной интенсивной антибактериальной терапии более 3 дней без дообследования.

Назначение антибактериальных препаратов из группы полусинтетических пенициллинов (ампициллин, оксациллин).

Применение препаратов из группы уросептиков: нитроксолин, пипемидовая кислота (палин*), налидиксовая кислота (неграм*) и др.

Показания к госпитализации

Госпитализации подлежат:

- больные с осложненным пиелонефритом (артериальная гипертензия, септический шок или сепсис, гнойный пиелонефрит, обструкция мочевых путей);
- беременные на любом сроке с пиелонефритом;
- больные при неэффективности предшествующей амбулаторной антибактериальной терапии ОПН;
- больные пиелонефритом с наличием в анамнезе хронической почечной недостаточности, сахарного диабета или иммунодефицита, единственной функционирующей почки.