**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия № 11

на тему:

**Диагностика и лечение хронического пиелонефрита и в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение хронического пиелонефрита в амбулаторных условиях».** (1 час)**Актуальность.** Пиелонефрит относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний, встречающихся в уронефрологической практике. Он занимает 2-ое место после воспалительных заболеваний органов дыхания. Именно инфекции мочевыводящих путей считаются наиболее актуальной проблемой современной уронефрологии, так как они неминуемо приводят к прогрессированию явлений нефросклероза, усугублению нефрогенной гипертонии, развитию хронической почечной недостаточности

**План занятия:**

1. Определение хронического пиелонефрита.
2. Классификация ХП.
3. Этиология и клиническая картина ХП.
4. Дифференциальная диагностика ХП.
5. Алгоритм диагностики ХП учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. План лечения ХП в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение хронического пиелонефрита.
2. Перечислите классификацию ХП.
3. Назовите симптомокомплекс, характерный для ХП.
4. Проведите дифференциальную диагностику ХП.
5. Расскажите алгоритм диагностики ХП с учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. Составьте план лечения при ХП в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ХП.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с ХП.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. * Владеть техникой правильного измерения АД. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Мочевыделительная система. * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов мочевыводящей системы. * Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями МВС. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Антибиотики * Диуретики * Витамины |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЖДА в амбулаторных условиях.
  2. Диагностика и лечение ГБ и гипертонического криза в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ХП;
* дифференциальную диагностику ХП.
* особенности диагностики ХП с учетом инструментально-лабораторных исследований в амбулаторных условиях;
* принципы фармакотерапии в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

***После изучения темы занятия студент должен уметь и владеть навыками:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;  **ПК-15**  - способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.  **ПК-16**  - способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8**  - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях  при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:**  **Знает и понимает**:  - проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **Умеет:**  **-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),  **Владеет**:  - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);  **РОд-2:**  **Знает и понимает**:  - назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Умеет:**  - назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Владеет**:  - методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает:  ХП.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХП с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - дифференцировать у больного, симптомы ХП;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:**  **Знает и понимает**:  - осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Умеет:**  - осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).  **Владеет**:  - методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20 мин |
| 4 | Изложение новой темы | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.  (информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
|  | **Перерыв** | | | | | | | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.2.) | 10 мин |
| 6 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 20 мин |
| 7 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. Национальные клинические протоколы «острый цистит у небеременных женщин», «острый пиелонефрит», «хронический пиелонефрит», «простатит» утверждены приказом мз кр № 626 от 17.11.2014 г.
2. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015
3. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества 1999 г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тесты по теме:**

1. НАЗОВИТЕ ЧТО ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

а) Интенсивные боли в поясничной области

б) АД 150/100 мм. рт. ст

в) Анализ мочи: относительная плотность 1023, белок 3,5 г/л, лейкоциты 6-8 в

п.зр., эритроциты 4 - 8 в п. зр., гиалиновые, восковидные цилиндры

+г) Моча по Нечипоренко: лейкоциты 5000, эритроциты 500

2. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

+а) Бактериурия

б) Протеинурия

в) Гематурия

г) Цилиндрурия

д) Повышение альдостерона в суточной моче

3. УКАЖИТЕ ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДИЗУРИЯ В АНАМНЕЗЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

а) Хронического нефрита

+б) Хронического пиелонефрита

в) Реноваскулярной гипертонии

г) Феохромацитомы

д) Амилоидоза почек

4. ОТМЕТЬТЕ ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ СПЕЦИФИЧНА ГИАЛИНОВАЯ ЦИЛИНДРУРИЯ

+а) Заболевания почек

б) Опухоли мочевого пузыря

в) Туберкулёза мочевого пузыря

г) Заболеваний простаты

5. ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ, ЧТО В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

а) Число микробных тел в моче

б) Пункционная биопсия почек

в) УЗИ почек

+г) Общий анализ мочи

6. НАЗОВИТЕ ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

+а) Портальная гипертензия

б) Артериальная гипертензия

в) Лейкоцитурия

г) Монотонное снижение удельного веса мочи в пробе Зимницкого

д) Асимметричное нарушение функции почек при ренографии

7. УКАЖИТЕ ЧТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА

а) Повышение относительной плотности мочи

б) Раннее снижение клубочковой фильтрации

+в) Массивная протеинурия

г) Изолированная макрогематурия

д) Глюкозурия

8. ОПРЕДЕЛИТЕ ЧТО СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА

а) Аномалии развития почек

б) Нефроптоз

в) МКБ

г) Сахарный диабет

+д) Все вышеперечисленное

9. УКАЖИТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

а) Проба Реберга

б) Проба Зимницкого

+в) Проба Нечипоренко

г) Экскреторная урография

10. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНО ЛИ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

а) Не показано

б) С целью профилактики проводится в осеннее-зимний период

+в) Осуществляется в течение 6-и месяцев в виде коротких курсов терапии

г) Показано в первые 3 месяца после ликвидации обострения в виде эпизодическо-го приема антибактериальных препаратов

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°С, сильные приступообразные боли поясничной области, которые иррадировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В

лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты 8,9х109/л, СОЭ 36 мм/час, мочевина 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м2

Общий анализ мочи: удельный вес –1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поля зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация

чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ**

1. Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.

2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом поколачивания справа); данных анализов крови

и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа).

Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрит (МКБ, стриктура мочеточника, беременность).

Хронический пиелонефрит и рецидивидующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого

пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит).

На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ, большое количество лейкоцитов в моче.

ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня СКФ 92 мл/мин/1,73 м2, что соответствует 1 стадии ХБП.

3. Пациенту рекомендованы проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной

терапии; УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов; проба Реберга для определения экскреторной функции почек.

4. С хроническим гломерулонефритом (характерно повышение АД, наличие в моче белка в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров,

азотемии, снижение функции почек, не характерна лейкоцитурия, бактерии в моче, лихорадка, лейкоцитоз).

С острым пиелонефритом (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает

впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение

креатинина и азотистых шлаков). С мочевой инфекцией (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом покалачивания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и

экскреторной урографии).

5. 1. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с

парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левофлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенемы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки), Амоксициллин (0,5-1 г 3 раза в cутки внутримышечно, 0,25 или 0,5 г 3 раза в сутки внутрь),

Ипипенем/Циластин (0,5 г/0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно), Амоксициллин/Клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин; 1 г 3 раза в

сутки внутривенно, 0,25-0,5 г 3 раза в cутки внутрь), Ампициллин/Сульбактам (Сультасин). Амикацин следует назначать при лечении больных с резистентными штаммами. В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/ кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в cутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).

2. Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно).

3. Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал).

4. Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).

5. Антикогалунты (Гепарин).

6. Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

**Краткое содержание темы:**

Шифр МКБ-10

11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом

11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит

11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный

Определение и эпидемиология

Понимание хронического пиелонефрита (ХП) на бывшем постсоветском пространстве, значительно отличается от понимания этого термина в других странах. В большинстве случаев ХП в Кыргызстане выставляется на основе данных ультразвукового исследования, даже при отсутствии значительных изменений микроскопического исследования мочи и без нарушения функции почек, что приводит к гипердиагностике и чрезмерному лишнему назначению антибиотиков и других лекарственных средств. В Российской Федерации (РФ) определение хронического пиелонефрита также отличается от определения этого заболевания в других странах вне СНГ.

• Определение в РФ: – «длительный инфекционно-воспалительный процесс в стенках лоханки, чашек, в строме и паренхиме почки. ХП может быть исходом острого пиелонефрита, но чаще сразу возникает как относительно спокойно текущий процесс. Хронический пиелонефрит считают вторым по частоте заболеванием человека (после инфекций дыхательных путей). По данным аутопсий его находят в среднем у каждого десятого умершего»

• Определение в других странах вне СНГ: – Великобритания – заболевание, при котором характерно сморщивание почек с сопутствующими хроническими или повторяющимися инфекциями. Частота распространения среди взрослого населения составляет 4:100000 чел.

4 – Европейская ассоциация урологов – в «Руководстве по урологическим инфекциям» 2013 года не дано четкого определения хроническому пиелонефриту, это состояние описано только в контексте обструкции, рефлюкс-нефропатии и больших камней.

5 – США – хронический пиелонефрит является редко встречающейся патологией, вызывающей хроническое тубулоинтерстициальное поражение почек вследствие рецидивирующей инфекции, например, инфекции в сочетании с хронической обструкцией при мочекаменной болезни (возможно, вызывающей развитие ксантогранулематозного пиелонефрита) или при пузырномочеточниковом рефлюксе. У таких пациентов симптоматика может быть скрытой в течение недель или даже месяцев.

2 – США – встречается почти исключительно у пациентов со значительными анатомическими аномалиями, наиболее часто – у маленьких детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

3 Важно отметить, что устойчивые или повторяющиеся инфекции и рубцевание паренхимы почек являются основными характеристиками, включенными во все определения хронического пиелонефрита. Наличие расширения чашечно-лоханочной системы и неспецифических изменений паренхимы («истончение», «уплотнение»), обычно описываемых на УЗИ, не являются достаточными признаками для постановки диагноза. Степень распространения хронического пиелонефрита среди населения зависит от того, как определяется и диагностируется заболевание. С учетом более строгих диагностических критериев, используемых в большинстве стран за пределами СНГ, это заболевание является редким, чаще всего сопровождается серьезным пузырно-мочеточниковым рефлюксом с раннего детства или значительной хронической обструктивной нефропатией.

Микробиология

При хроническом пиелонефрите выявляются патогенные микроорганизмы, сходные с теми, которые определяются при остром осложненном или остром неосложненном пиелонефрите, в зависимости от основной причины устойчивой или повторяющейся инфекции: кишечные палочки, другие энтеробактерии (Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae) и Staphylococcus saprophyticus. Микобактерии туберкулеза также могут являться причиной ХП.

Классификация

Хронический пиелонефрит следует классифицировать в соответствии с основной патологией:

1. Хронический пиелонефрит пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).

2. Хроническая обструктивная нефропатия.

3. Камни в почках (хронический калькулезный пиелонефрит).

Факторы риска

• Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. ПМР обычно начинается в младенчестве, но может быть не диагностирован до начала или даже до позднего детства. Как правило, только тяжелая форма ПМР приводит к хроническому пиелонефриту с рубцеванием почек (см. клиническое руководство "Инфекции мочевой системы у детей").

• Хроническая обструктивная нефропатия с сопутствующими стриктурами, анатомическими аномалиями, сдавлением мочеточника снаружи или вследствие хирургических осложнений.

• Камни в почках (обычно крупные, инфицированные струвит-магниевые камни).

Струвиты – трипельфосфаты (магний, аммоний, фосфат). Как указано в руководстве по инфекциям мочевыводящих путей 2013 г. Европейского общества урологов, развитие сморщивания и рубцевания почечной ткани при отсутствии пузырно-мочеточникового рефлюкса, обструкции, или конкрементов является спорным.

Клинические проявления и симптомы хронического пиелонефрита

Клиническая картина ХП индивидуальна у каждого пациента, в зависимости от основной причины хронической или повторяющейся инфекции и/или воспаления.

Острые обострения ХП протекают как острый пиелонефрит (см. клинический протокол "Острый пиелонефрит"): острая интоксикация с повышением температуры, болью сверху/сбоку поясничной области и пиурией. У детей, которые в силу возраста не могут описать словами боль, может отмечаться лишь лихорадка, таким образом, необходима высокая степень настороженности для того, чтобы не пропустить диагноз (анализ мочи определит пиурию и посев бактериальной культуры выявит значительный рост одного уропатогена).

Жалобы на боли в поясничной области автоматически не должны быть отнесены к хроническому пиелонефриту на основе заключений предыдущего или текущего ультразвукового исследования, без лабораторного подтверждения повторяющейся или сохраняющейся инфекции и определения значительных изменений в почечной паренхиме (см. ниже). Большинство пациентов, жалующихся на хроническую или периодическую “боль в почках”, на самом деле страдают от болевого синдрома костномышечного происхождения, а не от ХП. Диагностика

Для постановки диагноза хронического пиелонефрита требуются два критерия: наличие признаков структурных повреждений одной почки (смотрите ниже, в "ультразвуковом исследовании») и признаки стойкой инфекции или повторяющейся инфекции, обусловленной обычно одним уропатогеном.

• Лабораторные обследования: – общий анализ мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов. Более 10 лейкоцитов/в п.з считается пиурией. – бак. посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам является обязательным, так как структурные изменения почек (н.п., рубцы паренхимы) могли образоваться вследствие ранее существовавшего рефлюкса, которого на данный момент уже нет.

▪ При обострении ≥ 104 уропатогенов/мл в средней порции мочи у женщин или 103 уропатогенов/мл в средней порции мочи у мужчин, если 80% всех колоний из-за одного уропатогена.

▪ Между приступами острой инфекции, ≥ 105 колоний одного уропатогена/мл в средней порции мочи у женщин или ≥103 у мужчин. – креатинин крови – при ХП неясного генеза, посев утренней порции мочи на М. туберкулез; при доступности, обследование утренней порции мочи тестом Xpert MTB/RIF

• Ультразвуковое исследование:

– ассиметрия размеров почек, уменьшение в размерах поражённой почки и

– рубцы в паренхиме поражённой почки (если нет рубцов в кортикальном слое поражённой почки, диагноз ХП не выставляется), и

– расширение и деформация чашечно-лоханочной системы

– при обструкции мочевых путей — гидронефроз и определение основной патологии

– при нефролитиазе — конкременты

• Обзорная и экскреторная урограмма при необходимости

• КТ при необходимости

• У детей необходимо исключить пузырно-мочеточниковый рефлюкс при отсутствии доказательств другой патологии, объясняющей развитие ХП, с помощью цистоуретрограммы, проведенной во время мочеиспускания.

Лечение

Антибиотики показаны только взрослым пациентам при наличии симптоматики острой инфекции МВП (цистит, острый пиелонефрит).

Нет доказательств, что лечение взрослых с бессимптомной бактериурией, даже пациентов группы высокого риска, таких как страдающих диабетом или с камнями в почках, снижает риск почечного рубцевания.

При подтвержденном ХП необходимо лечение основного состояния, которое является причиной ХП, а не ХП в отдельности.

Дети с ПМР должны получать лечение в соответствии с рекомендациями клинического протокола "Инфекции мочевой системы у детей".

У пациентов с нормальной функцией почек (нормальный уровень креатинина сыворотки), с признаками структурного повреждения одной или обеих почек, но без подтверждения микробиологическим исследованием наличия стойкой или повторяющейся инфекции в недавнем прошлом следует предположить хронический пиелонефрит в отдаленном анамнезе, но это состояние не требует лечения, поскольку не относится к группе высокого риска для развития почечной недостаточности. Такие пациенты имеют повышенный риск для развития гипертонии и должны периодически проходить скрининг на гипертензию с измерением артериального давления. Хронические или периодические боли в поясничной области без доказательств острой инфекции мочевыводящих путей или мочекаменной болезни лишь изредка имеют почечное происхождение. У пациентов с такими симптомами следует искать причины поясничных болей в мышечнокостной системе, что является гораздо более распространенным, в том числе остеоартрит (остеохондроз) позвоночника, растяжение мышц, дискогенная боль и радикулопатии вследствие раздражения нервного корешка.

Имеющиеся доказательства не поддерживают лечение хронического пиелонефрита любым из следующих лекарственных препаратов или пищевых добавок:

• витамины (любого типа, в т.ч. глюкоза + вит. С),

• троксерутин (Венорутон),

• пентоксифиллин (Трентал),

• дипиридамол (Курантил),

• гепарин,

• левамизол (Декарис),

• фитотерапия (почечный чай и др. фитопрепараты, такие как: березовые почки, кукурузные рыльца, птичий горец, медвежьи ушки и др.),

• Цистон,

• Канефрон,

• Ацесоль,

• Тактивин,

• Тималин,

• мочегонные препараты любого типа,

• дротаверин (Но-шпа),

• Спазмалгон, • Платифилин,

• Димедрол (в т.ч. «литическая смесь»).

Также, имеющиеся доказательства не поддерживают лечение хронического пиелонефрита любым из следующих вмешательств: электрофорез на область почек, тепловые процедуры на область больной почки (диатермия, лечебная грязь и др.), плановое противорецидивное лечение, гимнастика почек.

Направление к специалисту и показания для госпитализации

Пациентов с подтвержденным диагнозом ХП должны наблюдать совместно нефролог и врач ГСВ, особенно, если есть доказательства хронической почечной недостаточности. У пациентов с хронической почечной патологией эпизоды острого пиелонефрита следует рассматривать как "осложнение" и проводить лечение в стационаре при участии уролога по возможности. Обструкцию мочевыводящих путей, осложненную острой симптоматической инфекцией, следует рассматривать как неотложное состояние с проведением соответствующей процедуры дренирования с целью восстановления проходимости.





