



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром пиелонефрите беременных (гестационный пиелонефрит)

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП93**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова - С.Х.Аль-Шукри и соавт.

Определение

Болевой синдром в поясничной области, сопровождающийся повышением температуры тела с ознобом, возникающий у беременных.

Код МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N10	Острый тубулоинтерстициальный нефрит

Классификация

Единой классификации нет.

Различают следующие формы гестационного пиелонефрита по патогенезу:

- первичный
- вторичный:
обструктивный, при мочекаменной болезни, аномалиях почек, нефроптозе, нарушении пассажа мочи из почек вследствие сдавливания мочевых путей увеличенной маткой.

Классификация пиелонефрита по периоду:

- активная фаза
- латентная фаза
- фаза ремиссии (клинико-лабораторная)

Классификация пиелонефрита по сохранности функции почек:

- без нарушения функции почек
- с нарушением функции почек (хроническая почечная недостаточность)

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

Опрос: жалобы

Основным симптомом гестационного пиелонефрита является озноб, сопровождающийся повышением температуры тела до 38С, боль, характеризующаяся следующим образом:

- тупая, постоянная боль в поясничной области с одной или обеих сторон, с возможной иррадиацией в надлонную область;
- повышение температуры тела и боль в пояснице, особенно в первые часы может сопровождаться тошнотой и однократной рвотой, что, как правило, не приносит облегчения.

Для острого пиелонефрита беременных характерны симптомы общей интоксикации организма, лихорадки с ознобом и потоотделением, артралгиями и мышечными болями, в сочетании с жалобами на боли в поясничной области, нередко с иррадиацией в верхнюю часть живота,

паховую область, бедро. Может иметь место дискомфорт при мочеиспускании, дизурия. При физическом обследовании выявляются болезненность при надавливании в костовертebrальном углу на стороне поражения, положительный симптом поколачивания, при одновременной бимануальной пальпации поясничной и подреберной областей - локальная болезненность в пояснице и напряжение мышц передней брюшной стенки.

При сборе анамнеза следует учесть, что гестационный пиелонефрит чаще всего отмечается у женщин, имевших ранее проявления инфекции мочевых путей в виде хронического цистита и пиелонефрита. Особое внимание следует проявлять к беременным, имеющими в анамнезе приступы почечной колики и другие симптомы мочекаменной болезни, о наличии которой пациенты знают по ранее имевшим эпизодам почечной колики, постболевого макрогематурии, выделению конкрементов с мочой. Другими факторами риска развития гестационного пиелонефрита являются аномалии верхних мочевых путей, стриктуры и перегибы мочеточников. Кроме этого, необходимо установить возможность недавно перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний иной локализации (ангина, ОРВИ).

Осмотр и физикальное обследование:

Стойкое повышение температуры тела при гестационном пиелонефрите свидетельствует о возможном развитии обструктивного пиелонефрита и является фактором, указывающим на необходимость транспортировки больной в стационар для дальнейшего обследования в условиях стационара.

Диагностические мероприятия:

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Для гестационного пиелонефрита характерна потливость, перемежающаяся с ознобом, учащение пульса и повышение АД. Повышение температуры тела при гестационном пиелонефрите может свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является показанием для наблюдения и обследования больного в условиях стационара.

- Осмотр и пальпация живота с целью исключения острой хирургической патологии (наличие послеоперационных рубцов - следы аппендэктомии, холецистэктомии, операций по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости и т. п. облегчают дифференциальную диагностику); живот при гестационном пиелонефрите участвует в акте дыхания, отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

Для гестационного пиелонефрита типичны следующие симптомы:

- Положительный симптом поколачивания по пояснице (болезненность со стороны поражения), постукивание следует проводить крайне осторожно во избежание травмы почки.

- Болезненность при пальпации в поясничной области и костовертebrальном углу на стороне поражения.

Дифференциальный диагноз

В первую очередь гестационный пиелонефрит необходимо дифференцировать с «острым животом»: острым аппендицитом, печеночной коликой и острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, а также с расслаивающей аневризмой аорты, тромбозом мезентериальных сосудов, острым аднекситом, грыжей межпозвоночного диска, межреберной невралгией, опоясывающим лишаем. Нередко при гестационном пиелонефрите отмечаются резкая болезненность передней брюшной стенки и ее ригидность. Эти симптомы наряду с самостоятельными болями, локализующимися в подвздошной области, заставляют подозревать местный перитонит.

На гестационный пиелонефрит болезненность на стороне поражения при поколачивании по пояснице, однако, решающими дифференциально-диагностическими критериями являются данные, полученные при обследовании в условиях отделения экстренной помощи стационара – примесь лейкоцитов и эритроцитов в моче, (уретеро)пиелoэктазия и снижения функции почки.

Часто встречающиеся ошибки терапии:

- Введение наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе.
- Стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне гестационного пиелонефрита.
- Одновременное назначение нескольких анальгетиков.

Лечение: купирование гестационного пиелонефрита

- Уложить больную в постель, на противоположный от болевого приступа бок, провести успокаивающую беседу.

- При гестационном пиелонефрите следует немедленно выполнить обезболивание (А, 1+).

- При наличии НСПВС они являются препаратами выбора (А;1-), предпочтителен внутримышечный путь введения.

- Для купирования боли синдрома применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками.

- дротаверин в/в медленно, 40-80 мг (2% р-р – 2-4 мл)

- кеторолак в/в 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 с или в/м

- метамизол натрия (баралгин М, ревалгин и др.). Взрослым и подросткам старше 15 лет вводят в/в медленно 2 мл со скоростью 1 мл в течение 1 мин или в/м 2-5 мл. Перед введением инъекционного раствора его следует согреть в руке. В период лечения не рекомендуют принимать

спиртные напитки. Возможно окрашивание мочи в красный цвет за счет выделения метаболитов (клинического значения не имеет).

- После введения препаратов необходим контроль за частотой сердечных сокращений, артериальным давлением, диурезом.

Медицинской эвакуации в стационар для последующего обследования и лечения подлежат больные в случае:

- хронического гестационного пиелонефрита, который был выявлен в женской консультации, но без клинических проявлений;
- наличия пиелонефрита единственной почки;
- сомнений в правильности постановки диагноза, которые могут иметь схожие симптомы при расслаивающей аневризме аорты).

При наличии осложнений:

- повышение температуры тела;
- анурия;
- неудовлетворительное общее состояние;
- гематурия.

Медицинскую эвакуацию осуществляют на носилках в положении лежа.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СТОСМП)

Диагностика

Больной с симптомами гестационного пиелонефрита в СтОСМП при поступлении следует выполнить:

- Общий анализ мочи. Для острого гестационного пиелонефрита характерна лейкоцитурия, альбуминурия, наличие слизи и бактерий.

- Клинический анализ крови. Изменения показателей общего анализа крови при гестационном пиелонефрите проявляются лейкоцитозом, уровень которого выше $12-15,0 \times 10^9$ л, сдвигом лейкоцитарной формулы с появлением палочкоядерных и юных форм, ускорением СОЭ.

- Биохимические анализы крови (трансаминазы, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевины) при гестационном пиелонефрите – без отклонений, нужны для дифференциальной диагностики.

- УЗИ (для визуализации наличия или отсутствия расширения верхних мочевых путей, характерных для обструктивных форм гестационного пиелонефрита).

- Венепункцию и капельное введение физиологического раствора, как этап подготовки к последующему введению лекарственных препаратов и, при необходимости, получения крови для последующих анализов.

Врач скорой медицинской помощи СтОСМП производит опрос и осмотр согласно рекомендациям по диагностике на догоспитальном этапе и

при наличии показаний рекомендует выполнение дополнительных исследований для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики, а также консультации врача-акушера-гинеколога и других врачей-специалистов.

При лихорадке, единственной почке, а также в тех случаях, когда диагноз неясен, требуется срочное выполнение исследования, позволяющего получить изображение почек и уточнить их функцию (D;4) – спиральной компьютерной томографии, при ее отсутствии – экскреторной урографии. При наличии противопоказаний к введению рентгеноконтрастного вещества в дополнение к ультразвуковому исследованию необходимо выполнить обзорную урограмму.

Лечение

В условиях СтОСМП врач скорой медицинской помощи назначает внутривенное введение растворов анальгетиков (аналогично рекомендациям на догоспитальном этапе), в зависимости от состояния пациента и интенсивности болей. При необходимости купировать тошноту и рвоту вводят метоклопрамид 0,5% 2 мл (в/м или в/в).

Повторный осмотр после назначения обезболивающих препаратов врач скорой медицинской помощи СтОСМП производит не позднее, чем 2 часа от начала лечения.

У больных гестационным пиелонефритом есть противопоказания к обзорной и экскреторной урографии, поэтому подобные исследования необходимо выполнять только в крайнем случае, если существует угроза деструктивных форм (абсцесс, карбункул) и интерпретировать полученные результаты совместно с данными УЗИ.

Врач скорой медицинской помощи СтОСМП приглашает на консультацию врача-уролога и врача-акушера-гинеколога, которые определяют показания к госпитализации на отделения специализированной помощи (урологическое или родовое) для дальнейшего обследования и лечения.

Использованная литература

1. Довлатян А. А., Шехтман М.М. Лечение и профилактика гнойнодеструктивного пиелонефрита у беременных// Пособие для врачей, - 1999, 39 стр.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М., «Триада», 1998, - стр.495-636.
3. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутии. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 816 с.

4. C. Türk (chair), T. Knoll (vice-chair), A. Petrik, K. Sarica, A. Skolarikos, M. Straub, C. Seitz Guidelines on Urolithiasis. Uroweb 2013. Available at: http://www.uroweb.org/gls/pdf/21_Urolithiasis_LRV4.pdf

5. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
31. Vazquez JC, Villar J Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

6. Clinical Standards for Emergency Departments. The College of Emergency Medicine. 2013. <http://www.collemergencymed.ac.uk/Shop-Floor/Clinical%20Standards/>

7. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.

Методология

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств, их описание:

Поиск публикаций в электронных базах данных EMBASE, MEDLINE и PUBMED.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается)

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень

	низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+