

Министерство образования и науки
Кыргызской Республики
Ошский государственный университет
Медицинский факультет

СРС

Тема: Хронический пилонидит.

Выполнил(а): Адыраева А.А.

Проверил(а): Айсериева Б.К.

Группа: БЛКЗ-18Б

Тема: Хронический пиелонефрит

План

Причины пиелонефрита

Симптомы пиелонефрита

Острый пиелонефрит

Хронический пиелонефрит

Осложнения

Диагностика

Лечение пиелонефрита

Лечение острого пиелонефрита

Лечение хронического пиелонефрита

Цены на лечение

Пиелонефрит



Пиелонефрит – это неспецифическое инфекционное заболевание почек, вызываемое различными бактериями. Острая форма заболевания проявляется повышением температуры, симптомами интоксикации и болями в поясничной области. Хронический пиелонефрит может протекать бессимптомно или сопровождаться слабостью, нарушением аппетита, учащением мочеиспускания и неинтенсивными болями в пояснице. Диагноз выставляется на основании результатов лабораторных анализов (общий и биохимический анализы мочи, бакпосев), урографии и УЗИ почек. Лечение - антибактериальная терапия, иммуностимуляторы.

Общие сведения

Пиелонефрит – широко распространенная патология. Пациенты, страдающие острым и хроническим пиелонефритом, составляют около 2/3 всех урологических больных. Болезнь может протекать в острой или хронической форме, поражать одну или обе почки. Диагностику и лечение осуществляет специалист в сфере клинической урологии и нефрологии. В случае отсутствия своевременной терапии пиелонефрит может привести к таким тяжелым осложнениям как почечная недостаточность, карбункулу или абсцессу почки, сепсису и бактериальному шоку.

Причины пиелонефрита

Заболевание может возникнуть в любом возрасте. Чаще пиелонефрит развивается:

- У детей в возрасте до 7 лет (вероятность появления пиелонефрита возрастает из-за особенностей анатомического развития).
- У молодых женщин в возрасте 18-30 лет (возникновение пиелонефрита связано с началом половой жизни, беременностью и родами).
- У пожилых мужчин (при обструкции мочевыводящих путей вследствие развития аденомы предстательной железы).

Любые органические или функциональные причины, препятствующие нормальному оттоку мочи, увеличивают вероятность развития патологии. Нередко пиелонефрит появляется у больных мочекаменной болезнью. К неблагоприятным факторам, способствующим возникновению пиелонефрита, относится сахарный диабет, иммунные нарушения, хронические воспалительные болезни и частые переохлаждения. В ряде случаев (обычно у женщин) пиелонефрит развивается после перенесенного острого цистита.

Бессимптомное течение нередко является причиной несвоевременной диагностики хронического пиелонефрита. Больные начинают получать лечение, когда функция почек уже нарушена. Поскольку патология очень часто возникает у пациентов, страдающих

мочекаменной болезнью, таким больным необходимо специальная терапия даже при отсутствии симптоматики пиелонефрита.

Симптомы пиелонефрита

Острый пиелонефрит

Для острого процесса характерно внезапное начало с резким повышением температуры до 39-40°C. Гипертермия сопровождается обильным потоотделением, потерей аппетита, выраженной слабостью, головной болью, иногда – тошнотой и рвотой. Тупые боли в поясничной области различной интенсивности, чаще односторонние, появляются одновременно с повышением температуры. Физикальное обследование выявляет болезненность при поколачивании в области поясницы (положительный симптом Пастернацкого).

Неосложненная форма острого пиелонефрита не вызывает нарушений мочеиспускания. Моча становится мутной или приобретает красноватый оттенок. При лабораторном исследовании мочи выявляется бактериурия, незначительная протеинурия и микрогематурия. Для общего анализа крови характерен лейкоцитоз и повышение СОЭ. Примерно в 30% случаев в биохимическом анализе крови отмечается повышение азотистых шлаков.

Хронический пиелонефрит

Хронический пиелонефрит нередко становится исходом недолеченной острой формы. Возможно развитие первичного хронического процесса. Иногда патология обнаруживается случайно при исследовании мочи. Больные предъявляют жалобы на слабость, снижение аппетита, головные боли и учащенное мочеиспускание. Некоторых пациентов беспокоят тупые ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся в холодную сырую погоду. Симптомы, свидетельствующие об обострении, совпадают с клинической картиной острого процесса.

Осложнения

Двухсторонний острый пиелонефрит может стать причиной острой почечной недостаточности. К числу наиболее грозных осложнений следует отнести сепсис и бактериальный шок. В некоторых случаях острая форма заболевания осложняется паранефритом. Возможно развитие апостеноматозного пиелонефрита (формирование множественных мелких гнойничков на поверхности почки и в ее корковом веществе), карбункула почки (нередко возникает вследствие слияния гнойничков, характеризуется наличием гнойно-воспалительного, некротического и ишемического процессов) абсцесса почки (расплавление почечной паренхимы) и некроза почечных сосочков.

Если лечение не проводится, наступает терминальная стадия гнойно-деструктивного острого процесса. Развивается пионефроз, при котором почка полностью подвергается гнойному расплавлению и представляет собой очаг, состоящий из полостей, заполненных мочой, гноем и продуктами тканевого распада. При прогрессировании хронического двухстороннего пиелонефрита функция почек постепенно нарушается, что приводит к

снижению удельного веса мочи, артериальной гипертензии и развитию хронической почечной недостаточности.

Диагностика

Постановка диагноза обычно не представляет затруднений для врача-уролога из-за наличия ярко выраженных клинических симптомов. В анамнезе часто отмечается наличие хронических заболеваний или недавно перенесенные острые гнойные процессы. Клиническую картину формирует характерное сочетание выраженной гипертермии с болью в пояснице (чаще односторонней), болезненными мочеиспусканиями и изменениями мочи. Моча мутная или с красноватым оттенком, имеет выраженный зловонный запах. В рамках диагностических мероприятий выполняются:

- **Лабораторные исследования.** Лабораторным подтверждением диагноза служит обнаружение в моче бактерий и небольших количеств белка. Для определения возбудителя проводят бакпосев мочи. О наличии острого воспаления свидетельствует лейкоцитоз и увеличение СОЭ в общем анализе крови. При помощи специальных тест-наборов проводится идентификация вызвавшей воспаление микрофлоры. Концентрационную способность почек оценивают при помощи пробы Зимницкого.
- **Лучевая диагностика.** В ходе обзорной урографии выявляется увеличение объема одной почки. Экскреторная урография свидетельствует о резком ограничении подвижности почки при проведении ортопробы. При апостематозном пиелонефрите отмечается снижение выделительной функции на стороне поражения (тень мочевыводящих путей появляется с запозданием или отсутствует). При карбункуле или абсцессе на экскреторной урограмме определяется выбухание контура почки, сдвиг и деформация чашечек и лоханки. Диагностику структурных изменений почечной ткани при пиелонефрите проводят при помощи УЗИ почек. Для исключения мочекаменной болезни и анатомических аномалий выполняют КТ почек.



КТ ОБП и забрюшинного пространства. Эмфизематозный пиелонефрит, включения газа в чашечках.

Лечение пиелонефрита

Лечение острого пиелонефрита

Неосложненный острый процесс лечится консервативно в условиях стационара. Проводится антибактериальная терапия. Медикаменты подбираются с учетом чувствительности обнаруженных в моче бактерий. Для того, чтобы максимально быстро ликвидировать воспалительные явления, не допустив перехода пиелонефрита в гнойно-деструктивную форму, лечение начинают с самого эффективного препарата.

Проводится дезинтоксикационная терапия, коррекция иммунитета. При лихорадке назначается диета с пониженным содержанием белков, после нормализации температуры пациента переводят на полноценное питание с повышенным содержанием жидкости. На первом этапе терапии вторичного острого пиелонефрита следует устранить препятствия, затрудняющие нормальный отток мочи: как правило, для этого производится установка мочеточникового катетера-стента. Назначение антибактериальных препаратов при нарушенном пассаже мочи не дает желаемого эффекта и может привести к развитию серьезных осложнений.

Лечение хронического пиелонефрита

Осуществляется по тем же принципам, что и терапия острого процесса, но отличается большей длительностью и трудоемкостью. Терапевтическая программа предусматривает устранение причин, которые привели к затруднению оттока мочи или вызвали нарушения почечного кровообращения, антибактериальную терапию и нормализацию общего иммунитета.

При наличии препятствий необходимо восстановить нормальный пассаж мочи. Восстановление оттока мочи производится оперативно (нефропексия при нефроптозе, удаление камней из почек и мочевыводящих путей, удаление аденомы предстательной железы и т. д.). Устранение препятствий, мешающих пассажу мочи, во многих случаях позволяет достичь стойкой длительной ремиссии. Антибактериальные препараты назначаются с учетом данных антибиотикограммы. До определения чувствительности микроорганизмов проводится терапия антибактериальными препаратами широкого спектра действия.

Пациентам с хроническим пиелонефритом требуется длительная систематическая терапия сроком не менее года. Лечение начинают с непрерывного курса антибактериальной терапии продолжительностью 6-8 недель. Такая методика позволяет устранить гнойный процесс в почке без развития осложнений и образования рубцовой ткани. Если функция почек нарушена, требуется постоянный контроль фармакокинетики нефротоксичных антибактериальных препаратов. Для коррекции иммунитета при необходимости применяют иммуностимуляторы и иммуномодуляторы. После достижения ремиссии назначают прерывистые курсы антибактериальной терапии.

В период ремиссии больным показано санаторно-курортное лечение (Джермук, Железноводск, Трускавец и др.). Следует помнить об обязательной преемственности терапии. Начатое в стационаре антибактериальное лечение необходимо продолжать амбулаторно. Назначаемая врачом санатория схема лечения должна включать в себя прием антибактериальных препаратов, рекомендуемых врачом, постоянно наблюдающим пациента. В качестве дополнительного метода лечения применяется фитотерапия.

Поделился

Автор: Давыдов Д.С., врач-уролог, онкоуролог

Иллюстрации: Вишняков В.Н.