

Презентация по терапии на тему: Острый и хронический пиелонефрит

Подготовил студент 264-о группы

Березина Яна

Проверил преподаватель:

Чеченева Татьяна Сергеевна

Пиелонефрит это неспецифический инфекционный воспалительный процесс, при котором поражается почечная лоханка и интерстиций почек (канальцы).

Кроме палочки Коха, все остальные инфекции могут проникать в лоханку. Женщины чаще болеют пиелонефритом, так как у женщин уретра короче, поэтому инфекция легче переходит восходящим путем из нижних отделов моче-половой системы в верхние отделы.

Пути проникновения Инфекции:

- Восходящий путь (уриногенный) из уретры, мочевого пузыря, при простатите и т.д.
- Гематогенный, из любого очага инфекции.

Исходы хронического пиелонефрита -- сморщенная почка, может вызвать гипертонию, если односторонний пиелонефрит.

Если 2-хсторонняя сморщенная почка, то развивается хроническая почечная недостаточность (ХПН) с нарушением функции почки в результате склероза.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По течению:

- 1) острый пиелонефрит;
- 2) хронический пиелонефрит.

По локализации:

- 1) односторонний пиелонефрит;
- 2) двусторонний пиелонефрит (может быть первичным и вторичным).

По причине возникновения:

- 1) первичный пиелонефрит, который развивается без предшествующего поражения мочеполовой системы;
- 2) вторичный пиелонефрит (встречается в несколько раз чаще, чем первичный), возникновение которого связано с органической или функциональной перестройкой мочевых путей, что нарушает нормальный отток мочи.

В зависимости от путей возникновения:

- 1) гематогенный, или нисходящий, пиелонефрит;
- 2) урогенный, или восходящий, пиелонефрит;
- 3) лимфогенный пиелонефрит.

Общие признаки это:

1. Высокая перемежающаяся лихорадка;
2. Сильный озноб;
3. Потливость, обезвоживание и жажда;
4. Происходит интоксикация организма, вследствие чего болит голова, повышается утомляемость;
5. Диспепсические явления (тошнит, нет аппетита, болит живот, появляется диарея).
6. Местные признаки пиелонефрита:

В области поясницы боли, на пораженной стороне. Характер боли тупой, но постоянный, усиливающийся при пальпации или движении; Мышцы брюшной стенки могут быть напряжены, особенно на пораженной стороне.

Осложнения

1. Острая или хроническая почечная недостаточность;
2. Различные нагноительные заболевания почек (карбункул почки, абсцесс почки и др.).
2. Сепсис.

Пиелонефрит



Здоровая почка



ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.

Клиника.

Заболевание начинается остро, поднимается температура, появляется потрясающий озноб, потение, боль в поясничной области и верхней части живота. Часто по утрам нет лихорадки (озноба, температуры), но затем во второй половине дня снова появляется.

Боли у многих больных появляются не сразу, а на 3-5 день болезни, у некоторых больных - через 10-14 дней.

На стороне пораженной почки отмечается напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность в реберно-позвоночном углу.

Мочеиспускание может быть затрудненное или учащенное болезненное.

При интоксикации появляются общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, мышечные и суставные боли.

Объективно.

Тахикардия, АД часто низкое из-за потери жидкости, в легких - везикулярное дыхание, в области почек пальпация ассиметрично болезненна, чувствительна.

Симптом Пастернацкого положителен чаще всего при осложненном пиелонефрите.

Анализ мочи: умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, общий анализ крови со сдвигом влево, лейкоцитоз, СОЭ высок, Нб нормальный или высокий. Проба Земницкого - удельный вес высок, диурез уменьшается, проба Реберга - нормальная.

Сонография: размеры почек нормальные, контуры ровные, не деформированы, отток не нарушен, в воспаленной стороне - отечность паренхимы, гидрофильность.

Острый пиелонефрит бывает: **интерстициальным, серозным или гнойным.**

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.

Клиника.

Хронический пиелонефрит может быть следствием неизлеченного острого пиелонефрита (чаще) или первично-хроническим, т. е. может иметь скрытое течение.

В основном жалоб нет, только общая слабость, утомляемость, склонность к простудным болезням, циститы, дискомфорт в поясничной области, чувство зябкости. В периоды обострения может подниматься температура.

Объективно.

Гипертония.

Общий анализ мочи: умеренная протеинурия, может быть лейкоцитурия, бактериурия, функциональная проба- проба Земницкого покажет снижение концентрационной функции, проба Реберга - при 2-хстороннем пиелонефрите в основном нормальная, а если болезнь давняя, то при одностороннем пиелонефрите функциональные пробы нормальные.

Сонография: может дать подтверждение, асимметрия размеров почки, неровность контуров, бугристая, чашечно-лоханочная система, деформация., паренхима неравномерно истончена.

Диагнозы могут быть, например, следующие:

Хронический пиелонефит справа. Хронический пиелонефрит с преимущественным поражением (сморщиванием) левой почки.

Активная фаза (при наличии лейкоурии, бактериурии). Латентная активная фаза (если нет лейкоурии, бактериурии).

Хроническая почечная недостаточность 1-ая фаза. Острый пиелонефрит на фоне хронического.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

Острый пиелонефрит с высокой температурой, тошнотой, рвотой.

Лечение в стационаре:

1. Легко-усвояемая диета, стол № 7а, обильное питье, до 2-2,5л в сутки.
2. Бактериологический посев мочи с определением чувствительности на антибиотики (обязательно),
3. Дают Спазмолитики (но-шпа, платифиллин, папаверин и др.),
4. Ставят катетер для восстановления оттока мочи, коррекция пассажа мочи,
5. Антибиотики широкого спектра действия (до получения результатов бак. посева мочи), 8-10 дней, до полной нормализации температуры,
6. Уроантисептики, 10 дней до нормализации анализа мочи.
7. Инфузионная терапия 3 литра минимум до нормальной температуры, при выраженной интоксикации - внутривенное капельное вливание гемодеза, неокомпенсана.
8. При развитии метаболического ацидоза назначают натрия гидрокарбонат в/в 40-60 мл 3-5% раствора или внутрь.

Исход.

При своевременном и правильном лечении возможно полное выздоровление (если через 1 год анализы нормальные).

Необходимо принимать уроантисептики через каждые 4 месяца, по 10 дней, в течение 1 года, препаратами, к которым ранее выявлена чувствительность возбудителя заболевания.

Категорически нельзя санаторно-курортное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

Можно лечить амбулаторно, при выраженном обострении, признаках ХПН, нарушении уродинамики, трудно корригируемой артериальной гипертензии необходимо лечение проводить в стационаре.

При обострении применяют:

1. Легко-усвояемая диета, стол № 7а, обильное питье, до 2-2,5л в сутки.
2. Бактериологический посев мочи с определением чувствительности на антибиотики (обязательно),
3. Антибактериальные препараты. Применяют 1, 2, 3 препарата, 10 дней каждый, поочередно.
4. Уроантисептики.
5. Затем делают перерыв, после чего можно применять Фитотерапию.
6. Пенициллины с клавулановой кислотой;
цефалоспорины 2 и 3 поколения;
фторхинолоны.

Симптоматическая терапия.

Гипотензивная терапия;

- 1.Общеукрепляющее лечение, поливитаминовые комплексы;
- 2.Антианемические препараты;

Кардиальная терапия;

Санаторно-курортное лечение можно, если нет

- высокой артериальной гипертензии;
- выраженной анемии;
- ХПН.

Лечение антибактериальными средствами при хроническом пиелонефрите проводится систематически и длительно.

Первоначальный курс антибактериального лечения составляет от 4 до 6-8 недель.

После достижения у больного стадии ремиссии антибактериальное лечение следует продолжать прерывистыми курсами.

При хроническом пиелонефрите необходимо обязательно пройти 1-2 курса в году.

Проводят комплексное лечение.

Повторные курсы антибактериального лечения проводят по 8-10 дней препаратами, к которым ранее выявлена чувствительность возбудителя заболевания, так как в латентной фазе воспаления и при ремиссии бактериурия отсутствует.