



Пиелонефрит. ХПН

К.м.н., доцент Гончарик Т.А.
1-ая кафедра внутренних болезней

Определение

- Пиелонефрит – инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани.

Эпидемиология

- **Заболеваемость** – 900 000-1300 000 случаев в год
- Чаще болеют **женщины** (в 2-5- раз), что обусловлено:
 - анатомо-физиологическими особенностями мочеиспускательного канала;
 - гормональным фоном (во время беременности, постменопаузе, использование оральных контрацептивов –приводит к снижению рН слизистой, ослаблению местного иммунитета, нарушению микроциркуляции);
 - частыми гинекологическими заболеваниями.
- **Мужчины** болеют после 40-50 лет, что обусловлено:
 - аденома, рак предстательной железы, МКБ

Этиология

- Пиелонефрит – заболевание бактериальной природы, хотя есть данные об участии вирусной, микоплазменной и кандидозной инфекции. Ведущее место в этиологии Пт-а отводят Гр- бактериальной флоре – энтеробактер (28,5%), псевдомонады (19,4%), протей (18,7%), кишечная палочка (16,6%), энтерококк (5,2%). Нередким возбудителем является также эпидермальный стафилококк 11,6%. Преобладание Гр (-) микрофлоры связывают с анатомической близостью и общностью кровообращения мочевыводящей системы, кишечника и гениталий.

Классификация


- 1. Первичный, вторичный (при обменных и обструктивных нефропатиях)
- 2. Острый (серозный, гнойный), хронический (фаза активного воспаления, фаза латентного воспаления, фаза ремиссии).
- 3. Функции почек (сохраненные функции почек, нарушение функции, ХПН).
- Первичный – т.е. протекающий без видимых анатомических поражений мочевых путей.



Клиника и диагностика ХП

Выделяют 5 основных синдромов ХП.

- болевой
- дизурический
- мочевого
- интоксикационный
- гипертензивный

- 
- Диагностически наиболее важные лабораторные данные для пиелонефрита: ***лейкоцитурия***
 - ***+умеренная протеинурия***
 - ***+бактериурия.***

Дополнительные (специальные) методы исследования

- Одним из ведущих является **экскреторная урография**, выявляющая изменения у более чем 70% больных ХП. Описывают более десяти характерных рентгенологических признаков ХП, включающих как органические, так и функциональные нарушения почек и мочевыводящих путей. Типична асимметрия изменений. В то же время рентгенологические изменения не являются строго специфичными и существует определенная опасность гипердиагностики ХП. Поэтому оценка урограмм требует большого навыка, высокой квалификации врача и сопоставления результатов урографии с другими обследованиями и клиникой.

Особенности течения и исходы ХП

- Выделяют два варианта течения ХП: **латентный и рецидивирующий**.
- При латентном варианте клинические проявления выражены мало (чаще это – слабость, субфебрилитет, познабливание, непостоянные умеренные боли в пояснице). Обострения также не выражены. Возможно наличие только одного симптома (АГ, анемия или изолированный мочево́й синдром). У части больных заболевание вообще протекает незаметно, без клинических проявлений, иногда до развития ХПН. Считается, что латентный тип течения более характерен для первичного ХП и больных молодого возраста.
- Скудность симптоматики, соответственно создает большие проблемы в диагностике данной формы ХП. Выход может быть в более тщательном и динамическом обследовании этой категории больных.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Формирование абсцесса в паренхиме почек.
- Некроз почечных сосочков (некротический папиллит) – деструктивный процесс в мозговом веществе почек и почечных сосочках вследствие нарушения почечного кровообращения. Проявляется гематурией, почечной коликой, клиникой острого пиелонефрита.
- ХПН.

Лечение

- Лечение ХП имеет терапевтический и хирургический аспекты, хотя оперативное устранение обструкции мочевыводящих путей не всегда приводит к выздоровлению и в последующем больной нуждается в консервативной терапии.
- В последнее время принята активная тактика консервативной терапии не только при ярких обострениях, но и в латентную фазу.

- Ведущим методом лечения ХП (также как и острого) является **этиотропная антибактериальная терапия**. Используются различные средства: антибиотики, сульфаниламиды, производные нитрофурана, оксихинолина, налидиксовой кислоты и др. Основными принципами антибактериальной терапии является раннее и длительное назначение противомикробных средств в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры мочи, чередование антибактериальных препаратов либо их сочетанное применение.

Хроническая почечная недостаточность

- Хроническая почечная недостаточность – клинический синдром, обусловленный необратимым, значительным и прогрессирующим повреждением почек (гибель нефронов) со снижением их функции менее, чем 20% от нормы вследствие различных патологических состояний.

Лечение

- **Пересадка почки** – наиболее перспективный и физиологичный метод лечения терминальной ХПН. В настоящее время используется широко. При пересадке от живого донора выживаемость через 5 лет составляет 75%, от трупа – выживаемость через 5 лет 50-30%.