

42. Пиелонефрити

ПИЕЛОНЕФРИТИ (Pyelonephrites) е огнищно неспецифично възпалително заболяване на бъбречния паренхим и легенче, предизвикано от директното попадане в тях на бактерии. Той е най-честото бъбречно заболяване. Среща се повече при жени, поради по-късата уретра и близостта ѝ с влагалището, от което съществуват условия за замърсяване. С напредване на възрастта и появата на аденом на простата, водещ до обструктивни нарушения в оттичането на урината, пиелонефритът става по-чест сред мъжете.

Етиология:

Най-чести причинители са

Гр.(-) бактерии – Е. коли, протеус, клебсиела, псевдомонас и др.

Класификация на пиелонефрита:

Остър пиелонефрит (Pyelonephritis acuta)

Патологоанатомия: На повърхността на бъбрека се виждат малки кръвоизливи и абсцеси..

Различават се

- серозен и гноен интерстициален остър пиелонефрит.

Клинична картина:

- Заболяването има остро начало с повишение на температурата – 39-40 С,
- с втрисания,
- след което настъпват изпотявания.
- Появяват се постоянни болки в лумбалната област – едностранно или двустранно, с различна интензивност.
- При серозно възпаление болката е тъпа, а при гнойно – силна, пробощаща и съпроводена с много висока температура и обща интоксикация.
- При обструкция болката е с коликообразен характер. Налице са дизурични смущения – парене при уриниране, дразнене, чести позиви'.
- Сукусио реналис е силно положително, има болезненост по уретерите и пикочния мехур. Общото състояние на болните е увредено
- . Артериалното налягане е нормално. Отоци липсват. Лабораторни изследвания: Полиурия (повишено количество урина), изследването на урината показва обилна левкоцитурия (характерен признак за остър пиелонефрит), бактериурия, лекостепенна протеинурия, множество епителни клетки, понякога и еритроцитурия. От кръвните изследвания – силно повишена СУЕ и левкоцитоза. Стойностите на азотните вещества в кръвта са нормални.

Усложнения: 1. Некроза на бъбречните папили – протича с хематурия, влошаване на бъбречната функция; 2. Паранефрит – възпаление на околобъбречните тъкани – протича с много висока температура, силни лумбални болки 3. Остра бъбречна недостатъчност.

Хроничен пиелонефрит (Pyelonephritis chronica) Патологоанатомия: Макроскопски двата бъбрека са намалени, с различна големина. Повърхността им е неравна, с характерни различни по големина cicatrix, които засягат неравномерно бъбрека.

Образуват се деформации на повърхността на бъбрека, чашките и легенчето.

Заболяването протича с периоди на обостряне и ремисия.

При обостряне на хроничния пиелонефрит

температурата се повишава – от субфебрилна до септична, с втрисане, студени тръпки, появяват се болки в лумбалната област и над симфизата, дизурични смущения, сукусио реналис е силно положително.

Налице са белези на обща интоксикация – адинамия, лесна умора, безапетитие.

Лабораторно се установява повишена диуреза, намалено относително тегло на урината, в седимента – левкоцитурия, бактериурия, протеинурия.

- **При латентно протичане на болестта инфекцията** през цялото време е със слабо проявена активност и оскъдна симптоматика –
- студени тръпки, субфебрилна температура,
- неприятни усещания или слаби тъпи болки в кръста, слабо болезнено или отрицателно сукусио реналис, кратковременни дизурични оплаквания
- , незначителна левкоцитурия и протеинурия. Понякога инфекциозният процес протича безсимптомно, без клинични и лабораторни отклонения и болестта се открива в стадия на бъбречна недостатъчност. Болните са отпаднали, сънливи, лесно се уморяват, отслабват. Появява се полиурия и никтурия. Кожата става бледа, сиво-жълтеникава, суха, студена, лицето подпухва.

Лечение на острия и хроничния пиелонефрит 1. Режим и диета Острият пиелонефрит и хроничният обострен пиелонефрит се лекуват в болнично заведение. Болният спазва постелен режим до изчезване на острите явления. Прилагат се затоплящи процедури – грейка, електрическа възглавница в лумбалната област. Осигурява се редовна дефекация, при нужда се дават лаксативни средства. Много е важно своевременно да бъдат открити и отстранени предразполагащите фактори – нефролитиаза, простатен аденом, захарен диабет и т.н. В острия стадий диетичният режим е млечно-растителен – плодове и зеленчуци в натурален вид, пюрета, сокове, кисело и прясно мляко, компоти, чай, обилно количество течности – 1,5-2,0 l. Постепенно диетата се разширява с включване на прясно месо, риба, яйца. Извън периодите на обостряне режимът на хранене се подчинява на общите правила за бъбречна диета (Диета 7) – консумация на лесноусвояема храна, без силни и лютивни подправки и храни, намалено количество сол; достатъчно течности (диуретичен чай от мечо грозде, лира, шипка, дръжки на череши, свила от царевица, полски хвощ, боровинки и др.). Забраняват се консервирани месо и риби, дразнещи, пикантни подправки, алкохол, силно кафе. 2. Медикаментозно лечение Спазмолитици – бусколизин, спазмалгон, но-шпа, алкозин Антибиотично лечение – прилага се само при сигурни данни за възпалителна активност в бъбреците, съобразно резултатите от урокултурата и антибиограмата. Предпочитат се антибиотици и химиотерапевтици, които осигуряват висока кръвна и уринна концентрация и които не са нефротоксични (цефалоспорици, аминогликозиди, бета-лактамени антибиотици, 4-хинолони – ципрофлоксацин, левофлоксацин).