

УРОЛОГИЯ

шпаргалки



Используй сам,
передай 5 одноклассникам,
и будешь вам счастье
на время сессии.

О. В. Осипова
Урология
Серия «Шпаргалки»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=179764
Урология: ЭКСМО; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-21188-3

Аннотация

Информативные ответы на все вопросы курса «Урология»
в соответствии с Государственным образовательным стандартом.

Содержание

1. Инфекции мочевыводящих путей.	4
Классификация, этиология, клиника, диагностика	
2. Инфекции мочевыводящих путей	7
3. Острый пиелонефрит	10
4. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика	13
5. Хронический пиелонефрит	16
6. Абсцесс почки. Карбункул почки	18
Конец ознакомительного фрагмента.	20

О. В. Осипова

Урология

1. Инфекции мочевыводящих путей. Классификация, этиология, клиника, диагностика

Инфекции мочевыводящих путей – состояние инфицирования мочевыводящего тракта микрофлорой, которая вызывает его воспаление.

Классификация. Различают инфекцию верхних (пиелонефрит) и нижних мочевых путей (цистит, простатит, уретрит) по наличию или отсутствию симптомов (симптоматическую или бессимптомную бактериурию), по происхождению инфекции (внебольничную или нозокомиальную, осложненные и неосложненные. Неосложненные ИМП характеризуются отсутствием нарушения оттока. Осложненные инфекции сопровождаются функциональными или анатомическими аномалиями верхних или нижних мочевых путей. Факторы риска осложненных ИМП – анатомические и функциональные нарушения, врожденная патология, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, половая жизнь, гинекологическое операции, недержание мочи, частые катетеризации).

зации; у мужчин также – необрезанная крайняя плоть, гомосексуализм, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, интравезикальные обструкции. Метаболические и иммунологические нарушения, инородные тела в мочевыводящих путях, конкременты, нарушения мочеиспускания, пожилой возраст пациента, поражения спинного мозга и рассеянный склероз, сахарный диабет, нейтропения, иммунодефицит, беременность, инструментальные методы исследования способствуют ИМП.

Этиология. При неосложненной ИМП – *E. Coli*; при осложненных ИМП чаще встречаются *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, грибы.

Источник уропатогенных микроорганизмов – кишечник, анальная область, преддверие влагалища и периуретральная область. Воспаление чаще всего развивается в условиях нарушенного оттока мочи в сочетании со снижением общей реактивности организма.

Выделяют следующие виды ИМП: выраженную бактериурию, малую бактериурию, бессимптомную бактериурию и контаминацию. ИМП верифицируют при количестве микробных тел больше 10^5 КОЭ в 1 мл в двух последовательных порциях свежевыпущенной мочи и подтверждают микроскопическим исследованием мочи с целью исключения вагинальной контаминации, при которой часто наблюдается ложноположительный результат. Уменьшение диуреза и недостаток вводимой жидкости способствуют размножению бак-

терий.

Диагностика. Общепринятый скрининговый тест-реагент – полоска с биохимическим реактивом – обнаруживает присутствие лейкоцитарной эстеразы (пиурия) и оценивает реактивность нитрат-редуктазы. Отрицательный результат тест-полоски исключает инфицирование. На практике эритроциты и лейкоциты, составляющие мочевой осадок, лизируются при рН мочи больше 6,0, при низкой осмолярности мочи, длительном стоянии мочи; поэтому ложноотрицательные результаты при микроскопии мочи встречаются чаще, чем ложноположительные при исследовании тест-полоской. Микроскопическое исследование осадка мочи обязательно.

Использование фазово-контрастной техники облегчает определение большинства клеточных элементов в сравнении со световой микроскопией.

2. Инфекции мочевыводящих путей

Лечение. Цели антимикробного лечения и профилактики ИМП – эрадикация патогенных микроорганизмов из мочеполовой системы и предотвращение обострения или рецидивирования. Выбор антибиотика основывается на спектре действия препарата, чувствительности микроорганизмов, фармакокинети-ческих и фармакодинамических свойствах антибиотика, побочных эффектах. Согласно рекомендациям Федерального руководства для врачей взрослым пациентам следует назначать фторхинолоны и фосфоми-цина трометамол (однократно), детям – ингибиторза-щищенные б-лактамы и пероральные цефалоспорины поколения.

В большинстве случаев инфекция нижних мочевых путей сочетается с нейромышечными нарушениями гладкомышечных элементов мочевыводящего тракта и органов малого таза, в этом случае показано добавление спазмолитиков в комплексную терапию. Эффективен растительный препарат Цистон (по 2 таблетки 2 раза в сутки).

В большинстве случаев показана антибактериальная терапия, кроме бессимптомной бактериурии. Цели антибактериальной терапии: быстрое разрешение симптомов, эрадикация

возбудителей, уменьшение количества рецидивов и осложнений, снижение смертности.

Фторхинолоны обладают бактерицидным действием, имеют широкий спектр антимикробной активности, в том числе в отношении множественно – резистентных штаммов микроорганизмов, обладают высокой биодоступностью при приеме внутрь, имеют достаточно высокий период полувыведения, создают высокую концентрацию в моче, хорошо проникают в слизистые оболочки мочеполовых путей и почки. Эффективность фторхинолонов при ИМП составляет 70-100 %, данные препараты хорошо переносятся. Оптимальная продолжительность курса лечения при остром неосложненном цистите согласно результатам метаанализа – 3 дня. Фторхинолоны – препараты выбора для лечения осложненных и нозокомиальных ИМП (ципрофлоксацин).

Лечение НИМП (неосложненной инфекции нижних половых путей) должно быть этиологичным и патогенетическим и должно включать антибактериальную терапию длительностью до 7-10 дней, выбор препаратов осуществляется с учетом выделенного возбудителя и антибиотикограммы, предпочтительнее назначение антибиотиков с бактерицидным действием. Комплексное лечение должно включать по показаниям:

- 1) коррекцию анатомических нарушений;
- 2) терапию ИППП, при которой препаратами выбора являются макролиды, тетрациклины, фторхинолоны, противо-

вирусные средства, лечение половых партнеров;

3) посткоитальную профилактику;

4) лечение воспалительных и дисбиотических гинекологических заболеваний;

5) коррекцию неблагоприятных гигиенических и сексуальных факторов;

6) коррекцию иммунных нарушений;

7) местную терапию;

8) применение гормонозаместительной терапии у пациенток с дефицитом эстрогенов.

3. Острый пиелонефрит

Острый пиелонефрит – неспецифическое инфекционное воспаление чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек..

Этиология и патогенез. Острый пиелонефрит является следствием восходящей инфекции из очагов хронического воспаления в женских половых органах, нижних мочевых путях, реже – в толстом кишечнике; вызывается *Escherichia E. Coli* (в большинстве случаев), *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*. Гематогенный путь развития острого пиелонефрита встречается реже, чем восходящий; его источник – острый или подострый воспалительный процесс вне мочевых путей.

Клиника острого пиелонефрита зависит от обструкции в мочевыводящих путях. При необструктивном процессе заболевание начинается с дизурии с быстрым повышением температуры тела до высоких цифр. К температуре тела присоединяются озноб, боли со стороны пораженной почки; озноб сменяется проливным потом с кратковременным снижением температуры тела. При обструктивном остром пиелонефрите заболевание начинается с постепенно нарастающей или остро развившейся боли в пояснице со стороны поражения с последующим развитием озноба и повышением температуры тела.

Диагностика. Лабораторно определяются пиурия, бактериурия. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография исключают анатомические и функциональные аномалии мочевыводящих путей. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография позволяют получить информацию о состоянии пораженной почки и окружающих тканей.

Лечение. Больные должны быть экстренно госпитализированы в урологический стационар при обструктивном заболевании, так как необходимо восстановить пассаж мочи.

Если первоначально была назначена парентеральная антибактериальная терапия, то через 1–2 суток ее можно заменить пероральным режимом приема препарата. Обычная терапия продолжается 10–14 дней.

В лечении острого пиелонефрита наиболее часто используют цефалоспорины II–III поколения, фторхинолоны, ингибиторзащищенные аминопенициллины и аминогликозиды. Из-за резистентности многих уро-патогенов к наиболее часто используемым антибиотикам возникает необходимость в назначении фтор-хинолонов. Препараты из этой группы, объединенные общим механизмом действия характеризуются широким спектром антимикробной активности и благоприятными фармакокинетическими свойствами: лево-флоксацин (таваник) (500 мг 1 раз в сутки при тяжелой инфекции), гатифлоксацин (400 мг), моксифлоксацин

(400 мг), trovafloxacin (200 мг) в течение 7–10 дней.

Антибиотики сочетают с химиопрепаратами, одновременно дают обильное питье (клюквенный морс), проводят дезинтоксикаментозную терапию. При болях в области пораженной почки показаны тепловые процедуры, болеутоляющие средства. Питание должно быть достаточно калорийным (до 2000 ккал в день), необильным, без ограничения приема поваренной соли.

4. Хронический пиелонефрит.

Клиника. Диагностика

Хронический пиелонефрит наблюдается у 35 % урологических больных.

Клиника. Для хронического пиелонефрита характерна скудность общеклинических симптомов вследствие медленного, вялого течения воспалительного процесса в интерстициальной ткани почки. Заболевание обычно обнаруживается через несколько лет после цистита или другого острого процесса в мочевых путях. Общие симптомы хронического пиелонефрита: субфебрильная температура, общая слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, анемия, изменение цвета лица, сухость кожных покровов, артериальная гипертензия.

Диагностика. Большое значение имеет выявление бактериурии и лейкоцитурии, обнаружение клеток Штернгеймера-Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи. Скрытая лейкоцитурия выявляется провокационными тестами (преднизолоновым, пиро-геналовым).

Применяют иммунологические методы диагностики хронического пиелонефрита, основанные на выявлении аутоантител к почечным антигенам с помощью реакции связывания комплемента и реакции пассивной гемагглютина-

ции. У больных хроническим пиелонефритом обнаруживается более выраженное нарушение канальцевой реабсорбции по сравнению с клубочковой фильтрацией по данным клиренс-тестов; нарушение или отсутствие выделения индигокармина при хромоцистоскопии. Вертикальное расположение почки, а также увеличение ее размеров и неровность контуров обнаруживаются на обзорной урограмме, томограммах или зонограммах мочевых путей. Экскреторная урография, кроме изменения размеров почек и их контуров, позволяет установить деформацию чашечек и лоханки, нарушение тонуса верхних мочевых путей. В более поздних стадиях заболевания отмечается деформация чашечек: они становятся округлыми, с уплощенными сосочками и суженными шейками.

Морфология. Для хронического пиелонефрита характерна очаговость и полиморфизм воспалительного процесса в почке. Различают 4 стадии развития хронического пиелонефрита, при которых отмечается быстрое и выраженное поражение канальцев по сравнению с клубочками. В I стадии клубочки интактны, наблюдается равномерная атрофия собирательных канальцев и диффузная лейкоцитарная инфильтрация интерстициальной ткани. Во II стадии происходит гиалинизация отдельных клубочков, атрофия канальцев выражена в еще большей степени, отмечается уменьшение воспалительной инфильтрации межуточной и разрастание соединительной ткани. В III стадии многие клубочки

гибнут, большинство канальцев резко расширено; в IV стадии происходит гибель большинства клубочков канальцев, почка уменьшается в размерах, замещается рубцовой тканью. При двустороннем хроническом пиелонефрите или поражении единственной почки в терминальной стадии развивается хроническая почечная недостаточность. В зависимости от степени активности воспалительного процесса в почке при хроническом пиелонефрите различают активную фазу воспаления, латентную фазу и фазу ремиссии.

5. Хронический пиелонефрит

Дифференциальная диагностика. Лечение

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим гломерулонефритом, амилоидозом почек, гломерулосклерозом, туберкулезом почки, некротическим папиллитом, губчатой почкой, интерстициальным нефритом, нефросклерозом, гипоплазией почки, мультикистозом почки.

Лечение. Устранение очага инфекции в организме: хронического тонзиллита, кариозных зубов, фурункулеза, хронических запоров. При нарушении пассажа мочи восстанавливают отток ее из почки. При одностороннем хроническом пиелонефрите, не поддающемся терапии, или пиелонефротическом сморщивании одной почки, осложнившимся артериальной гипертонией, показана нефрэктомия. Проводят длительное антибактериальное лечение прерывистыми курсами в соответствии с характером микрофлоры. Антибиотики чередуют с приемом сульфаниламидов, химиопрепаратов, производных нитрофуранового ряда. Последовательное или комбинированное назначение антимикробных препаратов в течение 1,5-2-х месяцев, как правило, позволяет добиться клинико-лабораторной ремиссии у большинства больных хроническим пиелонефритом.

В течение года после острого пиелонефрита и не менее 5 лет после обострения хронического пиелонефрита прово-

дят противорецидивную терапию: первые 7–10 дней каждого месяца прием уросептика (1 раз на ночь в 1/4 суточной дозы). Следующие 20 дней – сборы трав (мочегонные, литолитики антисептики, противовоспалительные, укрепляющие сосудистую стенку,

улучшающие витаминный состав организма). Сборы назначаются на 3–6 месяцев. Применяются также физиотерапевтические процедуры противовоспалительного и рассасывающего действия. В ряде случаев решаются вопросы хирургической коррекции аномалий мочевыводящих путей. Диета исключает продукты, богатые экстрактивными веществами: пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи.

Прогноз зависит от первичного или вторичного характера поражения, интенсивности лечения, сопутствующих заболеваний.

6. Абсцесс почки. Карбункул почки

Абсцесс почки – ограниченное гнойное воспаление, характеризующееся расплавлением ткани почки и образованием полости, заполненной гноем, является одной из форм острого гнойного пиелонефрита.

Этиология. Абсцесс почки развивается вследствие гнойного расплавления паренхимы в воспалительном инфильтрате.

Клиника зависит от наличия и степени нарушения пассажа мочи. Гектически повышается температура тела, наблюдаются озноб, пот, головная боль, рвота, учащается пульс и дыхание, выраженный лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилии. Отсутствие гиперлейкоцитоза – неблагоприятный признак.

Диагностика. Диагноз основывается на пальпации увеличенной болезненной почки, положительном симптоме Пастернацкого, наличии бактериурии и пиурии, которая может быть значительной при прорыве абсцесса в почечную лоханку. на экскреторной уро-графии – ограничение подвижности почки на высоте вдоха и после выдоха, деформация или ампутация чашечек почки, сдавление почечной лоханки.

Лечение хирургическое: декапсуляция почки, вскрытие абсцесса, дренирование полости; при нарушении пассажа мочи операцию заканчивают пиело-или нефростомой.

Карбункул почки – одна из форм острого пиелонефрита, при которой гнойно-некротический патологический процесс развивается на ограниченном участке коркового слоя почки.

Этиология и патогенез. Чаще всего карбункул почки возникает вследствие закупорки крупного конечного сосуда почки микробным эмболом, проникшим из очага воспаления в организм (фурункула,

карбункула, мастита, остеомиелита и др.) с током крови.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.