

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Корешковой Дарины Александровны

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач пульмонологического отделения
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Баранова Т.Е.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ...	5
1.1. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клиника..	5
1.2. Диагностика. Лечение. Профилактика.....	14
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	20
2.1. Результаты собственного исследования	20
2.2. Рекомендации по профилактике хронического холецистита.....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЕ	44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что «распространенность инфекций мочевыводящих путей в России ежегодно составляет около 1000 случаев на 100 000 населения. В структуре общей инфекционной заболеваемости инфекции мочевых путей прочно занимают второе место, уступая лишь респираторным заболеваниям. Инфекция мочевыводящих путей составляет 40% всех внутрибольничных инфекций. При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических заболеваний хронический пиелонефрит занимает 2-е место. В нашей стране ежегодно регистрируется около миллиона новых случаев с заболеванием пиелонефрита, в среднем 1 % людей на Земле ежегодно заболевают пиелонефритом, что составляет примерно 65 млн человек» [6, с. 217].

Пиелонефрит является наиболее частым заболеванием почек во всех возрастных группах. При этом большая часть больных - женщины молодого и среднего возраста, болеющих в 6 раз чаще, чем мальчики и мужчины. Населения молодого и среднего возраста, страдают данным заболеванием 7-10%, лица пожилого и старческого возраста составляет 15-23%.

«На долю хронического пиелонефрита приходится от 32 до 58 % пациентов среди госпитализируемых больных с патологией почек. Среди всех инфекций мочевых путей хронический пиелонефрит регистрируется в 53 % случаев, а острый – в 13,1 %.

Учащение данного заболевания обусловлено вирулентностью микроорганизмов, в результате приобретенной ими устойчивости к применяемым лекарственным препаратам, особенно к антибиотикам. Медико-социальная значимость данного заболевания определяется и тем, что в последние годы, несмотря на широкое применение антибактериальных

препаратов, имеет место рост хронического пиелонефрита среди лиц молодого возраста, приводя к ранней инвалидизации и смертности» [6, с. 217].

Практическая значимость исследования: разработать рекомендации для средних медработников по профилактике хронического пиелонефрита.

Цель исследования: определить роль фельдшера в лечении и профилактике хронического пиелонефрита.

Задачи исследования:

1. Определить причины возникновения хронического пиелонефрита.
2. Изучить влияние факторов, провоцирующих развитие хронического пиелонефрита.
3. Изучить основные методы лечения хронического пиелонефрита.
4. Разработать рекомендации по профилактике хронического пиелонефрита.

Предмет исследования: профилактическая деятельность фельдшера при хроническом пиелонефрите.

Объект исследования: пациенты с хроническим пиелонефритом терапевтического отделения ОБГУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Социологический метод (анкетирование, интервьюирование).
3. Организационный (сравнительный, комплексный) метод.
4. Статистический метод (статистическая обработка информационных данных, историй болезни).

База исследования: терапевтическое отделение ОБГУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

1.1. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация.

Клиника

Хронический пиелонефрит – это бактериальный процесс неспецифического характера, который в большинстве случаев затрагивает почечные ткани и чашечно-лоханочные структуры. Заболевание проявляется болевыми ощущениями в почечно-поясничной области, и симптомами нарушения мочеиспускательного процесса.

Этиопатогенез.

Чаще всего пиелонефрит диагностируется у женщин и девушек, так как особенности строения уретры у женской половины населения располагают к развитию этого недуга. Как правило, в процесс вовлекаются сразу оба органа, чем хроническая форма и отличается от острой.

Острая форма заболевания сопровождается резким и стремительным развитием патологии, тогда как хронический пиелонефрит во многих случаях протекает бессимптомно – длительная ремиссия сменяется острым процессом. По статистике пиелонефрит диагностируется чаще, чем его острая форма.

Острая форма заболевания переходит в хроническую по ряду причин:

- наличие камней или сужение мочевых протоков, что приводит к нарушению оттока урины;
- рефлюкс мочи – заброс урины;
- процесс воспаления в органах, которые расположены в непосредственной близости – простатит, энтероколит, цистит, уретрит и прочие;

- заболевания общего характера – сахарный диабет, ожирение, иммунодефицит;
- интоксикации – работа на вредном производстве, злоупотребление алкоголем, курение;
- некачественное лечение острого пиелонефрита.

Причиной недуга являются следующие патологические микроорганизмы:

- протей;
- кишечная палочка;
- кокки;
- синегнойная палочка;
- ассоциации микроорганизмов.

L-формы бактериальной флоры могут длительное время находиться в организме, и рано или поздно с током крови попадать в парные органы.

В хронической форме пиелонефрита происходит уменьшение органов в размере, а верхний слой почек становится бугристым. В запущенных стадиях происходит сморщивание почки и развивается интерстициальный некроз.

В настоящее время основным путем проникновения инфекции в почку признается восходящий через уретру, мочевого пузыря и мочеточник, по просвету или стенке последнего.

Как выяснилось, большинство грамотрицательных бактерий – потенциальных возбудителей пиелонефрита – имеют своеобразные реснички белковой природы, или фимбрии, рецепторами для которых являются некоторые структуры мембран клеток мочевых путей. Для так называемых фимбрий рецепторами являются гликофинголипиды уроэпителия. Наличие фимбрий позволяет бактериям успешно прикрепляться к клеткам мочевых путей, что было названо феноменом бактериальной адгезии» [6, с. 245].

Феномен адгезии облегчает проявление вирулентности бактерий, которая связана с наличием у них капсулярных и эндоплазматических антигенов, так называемых К- и О-антигенов. К-антигены препятствуют опсонизации и фагоцитозу бактерий, а О-антигены, являющиеся бактериальными

липополисахаридом, определяют их эндотоксический эффект. Последний так же оказывает влияние на гладкую мускулатуру мочевых путей, снижает их перистальтическую активность вплоть до её полной блокады. В результате возникает так называемая «физиологическая» обструкция мочевых путей с повышением в них давления мочи. Этого повышения, как выяснилось, оказывается достаточно для реализации лоханочно-почечного рефлюкса, который особенно легко возникает в сложных чашечках.

«Таким образом, адгезия к уроэпителию позволяет бактериям противостоять механическому вымыванию из мочевых путей, а эндотоксический эффект, ведущий к нарушению уродинамики, облегчает продвижение бактерий по стенке мочеточника к почке.

Прогрессирование пиелонефрита в определенной степени может быть связано со способностью проникновения мочи в прямые каналы (тубулярные рефлюксы). Тубулярные рефлюксы наступают вследствие экстравазации мочи в сосочки по прямым канальцам, что может иметь место уже при пиелонефритическом процессе, когда форникс склеротически изменен, а отверстия канальцев теряют свою ригидность и зияют.

Появление экстравазатов у почечных ворот (синусные рефлюксы) приводит не только к дальнейшему развитию пиелонефрита, но и к перипроцессу, распространяющемуся на клетчатку у ворот печени. При воспалении последней (носящем название педункулита) в процесс вовлекаются 1-2 лимфоузла, расположенные на задней поверхности лоханки, собирающие лимфу из лимфатических сосудов, проходящих через фиброзную капсулу из почки. Это приводит к лимфостазу в почке и к лимфатическим рефлюксам, а затем к венозному стазу и к венозным рефлюксам» [3, с. 345].

Таким образом, именно сложные связи между вирулентностью бактерий, путями проникновения их в почки и факторами, этому способствующими, характером иммунного реагирования организма и обстоятельствами, на него влияющими, так же, как и наличие или отсутствие предсуществующих

функциональных или органических заболеваний мочевых путей и почек и формируют особенности течения пиелонефритов в конкретных случаях.

«Хронизации процесса способствуют:

- имеющиеся причины нарушения оттока мочи;
- неправильное или недостаточное по длительности лечение острого пиелонефрита;
- хронические сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ожирение, болезни желудочно-кишечного тракта, тонзиллит и др.);
- иммунодефицитные состояния.

Фазы хронического пиелонефрита:

1. Обострение (активный воспалительный процесс).
2. Латентное течение.
3. Ремиссия или клиническое выздоровление.

Каждое очередное обострение пиелонефрита сопровождается вовлечением в воспалительный процесс все новых участков функционирующей почечной паренхимы, которые затем замещаются рубцовой соединительной тканью. Это, в конечном итоге, приводит к вторично сморщенной почке, а при двустороннем процессе – к хронической почечной недостаточности.

Стадии развития воспалительного процесса:

Первая стадия: лейкоцитарная инфильтрация интерстиция, атрофия канальцев (преимущественное поражение канальцев).

Вторая стадия: рубцово-склеротический процесс, гиалинизация и запустевание клубочков; гибель дистальных отделов нефронов, облитерация сосудов.

Третья стадия: почти полное замещение почечной ткани рубцовой соединительной тканью (пиелонефритически сморщенная почка)» [3, с. 213].

Факторы риска:

1. Нарушения уродинамики:
 - а) вследствие аномалий развития мочеполовой сферы:

- стриктура мочеточников;
 - выраженная атония мочеточника;
 - удвоение мочеточников, почечной лоханки;
- б) наличие конкрементов;
- в) аденома предстательной железы;
- г) патологические рефлюксы;
- д) предупреждение беременности с помощью внутриматочных контрацептивов;
- е) беременность, многие гинекологические заболевания и лучевые методы лечения рака женских гениталий;
- ж) везикоуретральный, который может быть первичным и вторичным вследствие обструкции мочевого пузыря, гормональных нарушений при беременности, пиелоренальный: пиеловенозный или пиелолимфатический.
2. Инфицирование при инструментальных исследованиях.
 3. Тропность отдельных микроорганизмов к почечной ткани и низкая устойчивость слизистой мочеполового тракта к возбудителю.
 4. Длительный прием оральных контрацептивов.
 5. Наличие ряда общих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, патология печени, аутоиммунные процессы).
 6. Наличие очагов инфекции.

Классификация.

В нефрологии все формы пиелонефрита делятся на первичные и вторичные. Если первая форма развивается как самостоятельное заболевание, то вторая возникает при наличии других недугов, которые усугубляются застойными процессами и нарушениями уродинамики.

Пиелонефрит различается по возрастным признакам:

- детский;
- при беременности;
- старческий.

Существует схема Лопаткина, которая включает в себя следующие виды недуга:

- первичный и вторичный;
- односторонний и двусторонний;
- некротический;
- гнойный;
- серозный;
- латентный;
- фаза активного воспаления;
- абсцесс;
- карбункул;
- пионефроз;
- нефросклероз.

По степени тяжести протекания заболевания пиелонефрит может быть следующим:

- латентный – симптомы либо отсутствуют полностью, либо выражены незначительно;
- рецидивный – обострения сменяются затиханием недуга. Частота смены зависит от влияния провоцирующих факторов;
- анемический – уровень гемоглобина падает, развивается анемический синдром;
- азотемический – развивается почечная недостаточность;
- гипотензивный – сопровождается повышением давления в артериях.

Стадии хронического пиелонефрита следующие:

- 1 стадия – воспалительный процесс развивается активно, симптоматика выражена;
- 2 стадия – клиническая картина стертая, поэтому определить заболевание можно только при лабораторных исследованиях;

- 3 стадия – ремиссия – временное затухание заболевания и отсутствие симптоматики, в случае 5 летнего рецидива, врач может сказать о полном излечении от болезни.

Клиника.

«Односторонний пиелонефрит. В начальных стадиях болезнь протекает практически бессимптомно и выявляется через много лет после какого-либо воспалительного процесса в мочевых путях. Нередко заболевание обнаруживается при исследовании мочи, повышенный артериального давления, появлении признаков почечной недостаточности.

Болезнь проявляется общими и местными симптомами. К общим симптомам относят быструю утомляемость, общую слабость, головные боли, сухость кожи, изменение цвета лица, принимающего землистый оттенок, анемию, анорексию, а впоследствии— тошноту, рвоту. Явления интоксикации у больных при одностороннем пиелонефрите отсутствуют благодаря компенсаторной деятельности почки.

К местным симптомам относят тупые боли в пояснице, иногда сочетающиеся с незначительной дизурией, полиурию в начальной стадии болезни, олигурию — в конечной. Больные нередко обращаются с жалобами на боль и эпигастральной области и быструю утомляемость. В анамнезе у 70% больных хроническим пиелонефритом имеются указания на цистит, часто рецидивировавший.

Болезнь протекает с периодическими обострениями воспалительного процесса в интерстициальной ткани под видом необъяснимой лихорадки. Бессимптомный период может быть длительным. У большинства больных болезнь с самого начала протекает латентно, на протяжении многих лет не привлекая к себе внимания самого пациента» [3, с. 217].

У женщин в возрасте 18—20 лет вспышка пиелонефрита часто проходит под видом так называемого дефлорационного цистита, а в дальнейшем — пиелита беременных. Частые обострения бывают до 35—45-летнего возраста, а

затем становятся редкими. Болезнь распознается главным образом по значительной лейкоцитурии, прогрессирует обычно медленно, трудоспособность снижается, возникают явные симптомы почечной недостаточности. Нередкими осложнениями являются гипертония, нефролитиаз.

«Боли тупого характера в пояснице постоянны. При бимануальном исследовании области почки боль усиливается. Когда возникает обструкция верхних мочевых путей, боли становятся еще сильнее. Температура обычно нормальная и лишь у 20% больных периодически бывает субфебрильной. В периоды обострения воспалительного процесса в почке или нарушения пассажа мочи температура повышается значительно. Дизурия указывает на наличие воспалительного процесса в мочевом пузыре или уретре. Лейкоцитурия у одних больных постоянная, у других — перемежающаяся. Альбуминурия незначительная, как и цилиндрурия. Гематурия непостоянная и лишь микроскопическая. Постепенно, по мере нарастающего сморщивания почки, изменения в моче становятся все менее выраженными и наконец исчезают. Относительная плотность мочи длительное время остается нормальной. Следовательно, при одностороннем, пиелонефрите, приведшем к сморщенной почке, патологические элементы в моче отсутствуют либо весьма скудны.

Двусторонний пиелонефрит. Клиническая картина болезни складывается из признаков воспалительного поражения почек и почечной недостаточности. Больные предъявляют жалобы на головную боль, быструю утомляемость, ноющие боли в пояснице. Обнаруживается умеренная анемия, полиурия, часто поллакиурия, изостенурия, незначительная протеинурия, микрогематурия, интенсивная лейкоцитурия и бактериурия. При возникновении почечной недостаточности появляются бледность и сухость кожных покровов, анорексия, затем тошнота, часто рвота, носовые кровотечения. Со временем анемия становится более выраженной, снижается относительная плотность мочи, постепенно исчезают патологические элементы в ней. Характерно, что у больных хроническим пиелонефритом сохраняется на протяжении многих лет более или менее удовлетворительная функция почек, недостаточная

концентрационная способность при все еще хорошей способности к разведению мочи как следствие воспалительного процесса в мозговом слое почки, нарушающего концентрационный механизм.)» [3, с.342].

Помимо этого, у многих больных имеется недостаточная реабсорбция натрия и калия. Часто нарушается секреция ионов водорода, так же как и возможность образования аммония, что приводит к ацидозу. «Ацидоз, почечная потеря кальция, а затем фосфатов приводят иногда к возникновению вторичного паратиреоидизма с почечной остеодистрофией. Клиренс ПАГ в далеко зашедших стадиях пиелонефрита снижается сильнее, чем клиренс инсулина, что обусловлено преимущественным поражением канальцев вследствие интерстициального процесса, тогда как при гломерулонефрите наблюдается обратная картина.

В периоды обострения воспалительного процесса в почках появляется лейкоцитоз. Тогда же отмечается субфебрилитет, высокая температура бывает сравнительно редко. В клинической картине болезни анемия может занимать доминирующее место» [3, с. 431].

Осложнения.

Осложнения хронического недуга могут быть очень серьезными, поэтому игнорировать заболевание категорически не рекомендуется.

Что касается непосредственно почек, то в них могут возникнуть два вида осложнения:

1. Нефросклероз. Это явление возникает чаще всего на фоне латентного течения недуга, первичной формы, при которой обструкции мочевыводящих протоков не наблюдается. Сам нефросклероз может осложниться повышением артериального давления по нефрогенному типу, а если имеется поражение сразу двух почек, то возможно развитие почечной недостаточности.

2. Пионефроз. Это окончательная стадия пиелонефрита, развивающегося в гнойно-деструктивной форме. Чаще всего патологический процесс наблюдается, с одной стороны. Недуг возникает при вторичном

пиелонефрите, при наличии сбоев в оттоке мочи или при туберкулезе почки. Орган сильно увеличивается в размере, паренхима истончается, полости заполнены гнойным экссудатом. Также наблюдается хроническое воспаление, жировая дистрофия и склероз. Жировая капсула прирастает к почке, а фиброзная сильно утолщается, моча с гноем, при пальпации почка плохо двигается.

1.2. Диагностика. Лечение. Профилактика

Диагностика.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

1. «Общий анализ мочи. Умеренная лейкоцитурия, микро-, реже макрогематурия, бактериурия, снижение относительной плотности мочи, умеренная протеинурия и цилиндрурия.

2. Анализ мочи по Нечипоренко. Анализ мочи по Нечипоренко часто проводят параллельно с общим анализом мочи. Нормальные значения анализа мочи по Нечипоренко: лейкоцитов до 2000 в 1 мл, эритроцитов до 1000 в 1 мл, цилиндры отсутствуют или обнаруживаются в количестве не более 20 в 1 мл.

3. Посев мочи. Бактериологическое исследование мочи (посев мочи на стерильность) — решающий метод диагностики хронического пиелонефрита. Посев мочи проводят с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам.

4. Ультразвуковое исследование почек. Ультразвуковое исследование почек является скрининговым методом, поэтому инструментальное обследование пациента с подозрением на хронический пиелонефрит должно начинаться с ультразвукового исследования.

Возможные признаки ультразвукового исследования хронического пиелонефрита:

- асимметрия размеров почек, уменьшение в размерах поражённой почки;
- изменение эхоплотности: истончение паренхимы и её уплотнение;
- расширение и деформация чашечно-лоханочной системы;
- при обструкции мочевых путей - гидронефроз, конкремент.

4. Экскреторная урография.

Экскреторная урография - это второй по очереди метод инструментальной диагностики пиелонефрита, к которому прибегают, если при ультразвуковом исследовании выявлена патология. Экскреторная урография имеет преимущество перед ультразвуковым исследованием в ряде ситуаций: визуализация мочевыводящих путей, выявление обструктивной уропатии и др.

Признаки хронического пиелонефрита:

- запаздывание выделения и снижение интенсивности контрастирования;
 - неровные контуры и уменьшение размеров поражённой почки;
 - симптом Ходсона и снижение ренально-кортикального индекса.
- Симптом Ходсона - уменьшение толщины паренхимы почек на полюсах по сравнению с толщиной в средней части;
- деформация чашечно-лоханочной системы и её уплотнение;
 - нарушение тонуса чашечно-лоханочной системы.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография показаны, если ультразвуковое исследование оказалось неинформативным либо подозревается опухолевый процесс.

Перед ультразвуковым исследованием компьютерная томография обладает несомненными преимуществами в визуализации распространённости воспалительного процесса за пределы почки и оценки вовлечения в процесс соседних органов; получении изображения висцеральных органов у пациентов с ожирением» [3, с. 471].

Лечение.

Хронический пиелонефрит включает в себя несколько направлений терапии. Режим больного определяет врач, исходя из тяжести состояния пациента, фазы заболевания и клинических особенностей. Показаниям к госпитализации являются:

- ярко выраженное течение недуга;
- развитие артериальной гипертензии;
- прогрессирование развития хронической почечной недостаточности;
- существенные сбои в уродинамике, которые требуют восстановительных процедур,
- резкое ухудшение состояние почек.

Больные в любой фазе заболевания не должны допускать переохлаждения и исключить физические нагрузки. Если заболевание протекает в латентной форме, при нормальных показателях артериального давления и при сохранении функциональности почек особых ограничений в режиме не требуется. В острых стадиях недуга больному назначается постельный режим.

Рекомендуется увеличить количество употребляемой жидкости до 2,5 л в сутки. При повышенном артериальном давлении количество жидкости в сутки не должно превышать литра. Что касается соли, ее потребление необходимо снизить до 5 грамм в сутки.

Естественно больному должны назначаться антибиотики. Современные антибактериальные лекарственные препараты позволяют назначать эмпирическую терапию, так как имеют широкий спектр действия.

Большинство врачей считают нецелесообразным использовать для лечения высокотоксичные лекарственные средства, однако подобрать адекватный препарат можно только после результатов бакпосева мочи.

Очень важно подобрать правильную дозировку средства, чтобы в дальнейшем у патогенной микрофлоры не возникла резистентность к действующему веществу препарата.

Если больной в течение нескольких лет не получал антибактериальную терапию, то вероятность того, что возбудителем является кишечная палочка составляет 90%.

Чаще всего выписываются следующие антибактериальные средства:

- цефтоксим;
- цефтриаксон;
- 5-Нок;
- фуромаг.

Если у больного наблюдается хроническая почечная недостаточность, то ему назначаются следующие средства:

- пефлоксацин;
- цефаперазон.

Больным с почечной недостаточностью не рекомендуется назначать гликопептиды и аминогликозиды.

Хирургическое лечение. Если консервативное лечение хронического пиелонефрита остается неэффективным, назначается хирургическое вмешательство. Показанием для операционного вмешательства служат все сбои в оттоке урины.

Если хроническое течение заболевания осложняется возникновением карбункула, то назначает хирургическое лечение и установка нефростомического дренажа.

В тяжелых случаях назначают нефрэктомию, показаниям к такой операции являются:

- пионефроз;
- нефросклероз;
- утрата функциональности почки;
- стойкая гипертония, которая не поддается консервативной терапии.

Также при консервативном и хирургическом лечении познано лечебное питание и терапия народными средствами.

Если заболевание протекает в легкой форме, прогноз благоприятный. Но конечно большое значение имеет наличие сопутствующих патологий. При своевременном устранении всех провоцирующих факторов, патологический процесс затихает, и возможно полное излечение от заболевания.

В некоторых случаях пиелонефрит может иметь неблагоприятный прогноз. Дело в том, что запущенные стадии болезни лечению поддаются плохо, и очень часто вызывают осложнения, которые могут приводить к развитию необратимых патологических процессов в парных органах.

Прогноз хронического пиелонефрита в большей степени зависит от возникновения осложнений. Если к воспалительному процессу присоединяется вторичная инфекция, прогноз значительно ухудшается, также ухудшение прогноза наблюдается при наличии конкрементов в почках.

Самым неблагоприятным исходом заболевания можно считать почечную недостаточность. Этот недуг приводит к дисфункции почек, отеками и возникновению проблем с сердечно сосудистой системой.

Медикаментозная терапия при хронической форме заболевания, как правило, длительная, и требует тщательного и неукоснительного следования всем врачебным рекомендациям. При неправильной терапии продолжительность жизни может существенно снижаться.

Профилактика

Что касается профилактических мер, необходимо своевременно лечить основное заболевание, которое может стать причиной патологических процессов в почках. Обыкновенный цистит при неправильном лечении может привести к тяжелым последствиям» [3, с. 489].

Для профилактики хронического пиелонефрита необходимо:

- укреплять иммунитет;
- правильно питаться;
- бороться с бактериальными инфекциями;
- вести активный образ жизни;
- принимать витаминные комплексы;

- избегать стрессовых ситуаций;
- не переохлаждаться;
- не допускать или своевременно лечить патологические процессы в предстательной железе.

Таким образом, патологии почек – это довольно распространённое явление, эффективность лечения зависит от работы иммунной системы человека, его общего состояния и грамотности врача, который назначает лечение. Особое внимание должен заслуживать хронический пиелонефрит у детей, потому что в детском возрасте недуг протекает в разы тяжелее, чем во взрослом. В некоторых случаях требуется хирургическое лечение недуга. Отказываться от операции нецелесообразно, поскольку иногда только таким путем можно спасти жизнь больного.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЛЬДШЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

2.1. Результаты собственного исследования

Исследование проходило на базе терапевтического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» методом анкетирования.

В исследовании участвовали 30 пациентов с хроническим пиелонефритом. Были получены следующие данные:

Соотношение по половой принадлежности: в исследовании участвовали (65%) – женщины, (35%) – мужчины (Рис. 1).



Рис. 1. Соотношение по половой принадлежности

Соотношение по возрасту: в исследовании: от 20 до 40 лет – (51%), от 40 до 60 лет – (34%), старше 60 лет – (15%) (Рис. 2).

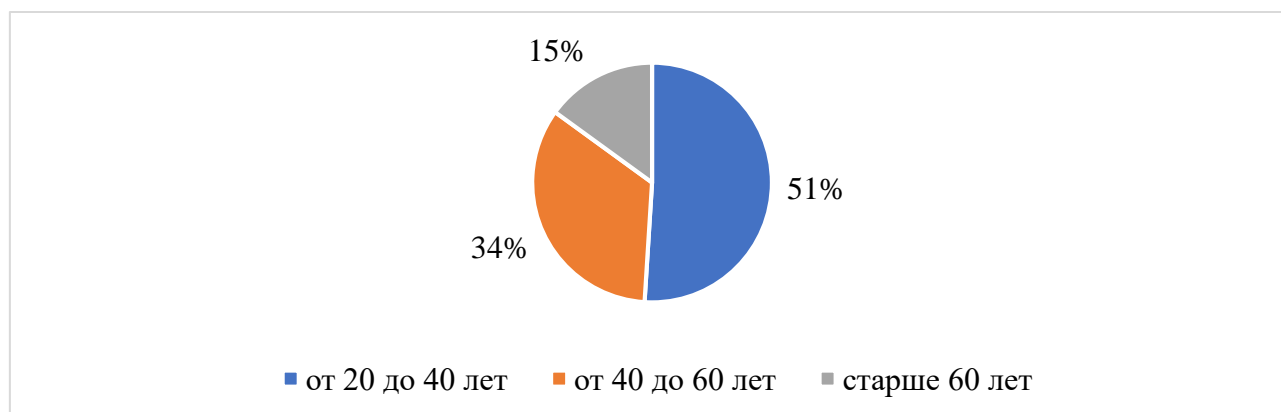


Рис. 2. Соотношение по возрасту

По месту проживания: (74%) – проживают в городе, 26% - в сельской местности – (26%) пациентов (Рис. 3).



Рис. 3. По месту проживания

По месту проживания в зависимости от жилья: 74% - проживают в квартире, 22% - проживают в своем собственном доме, 4% - снимают квартиру (Рис. 4).

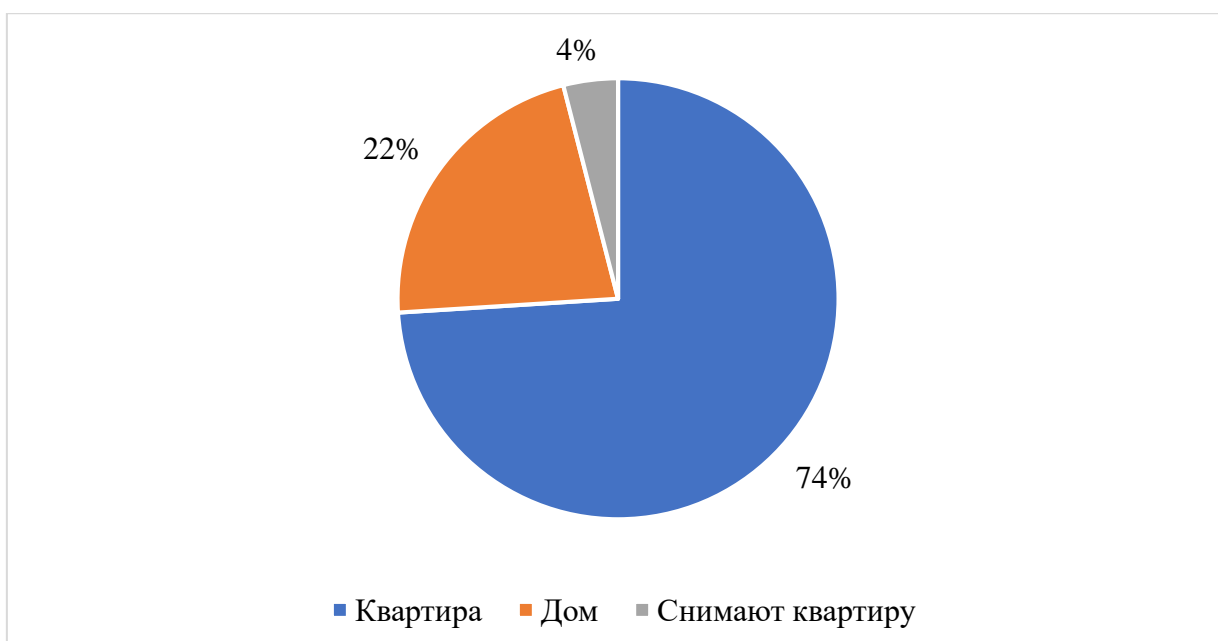


Рис. 4. По месту проживания в зависимости от жилья

Соотношение по семейному положению: 51% - находятся в браке, 17% - находятся в разводе, 8% - являются вдовами, 24% - являются одинокими (Рис. 5).

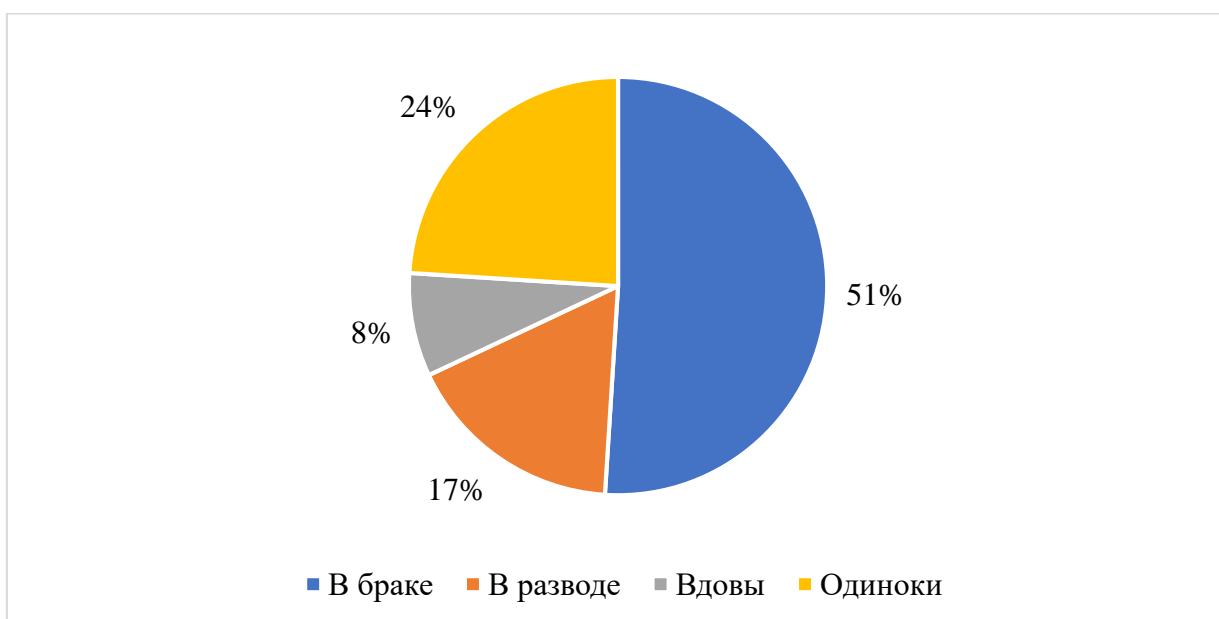


Рис. 5. Соотношение по семейному положению

Соотношение по образованию: 70% - имеют среднее образование; 18% - имеют среднеспециальное образование; 12% - имеют высшее образование (Рис. 6).

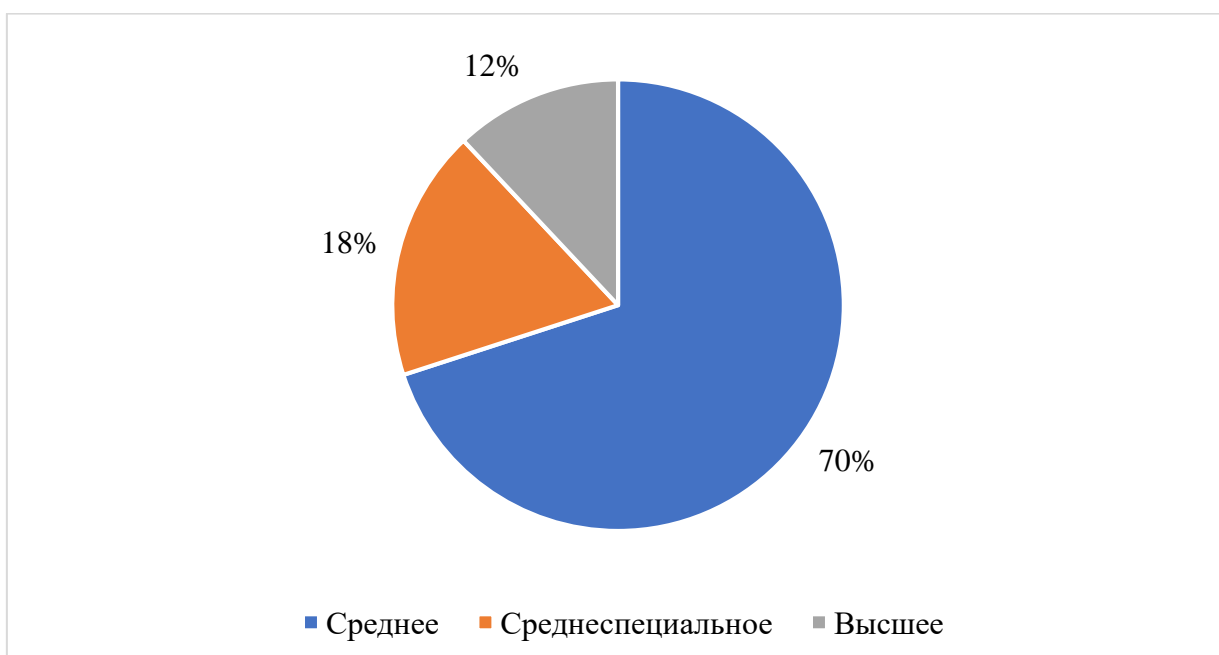


Рис. 6. Соотношение по образованию

Соотношение по социальному положению: 75% - работают, 24% - находятся на пенсии, 1% - находятся на инвалидности (Рис. 7).

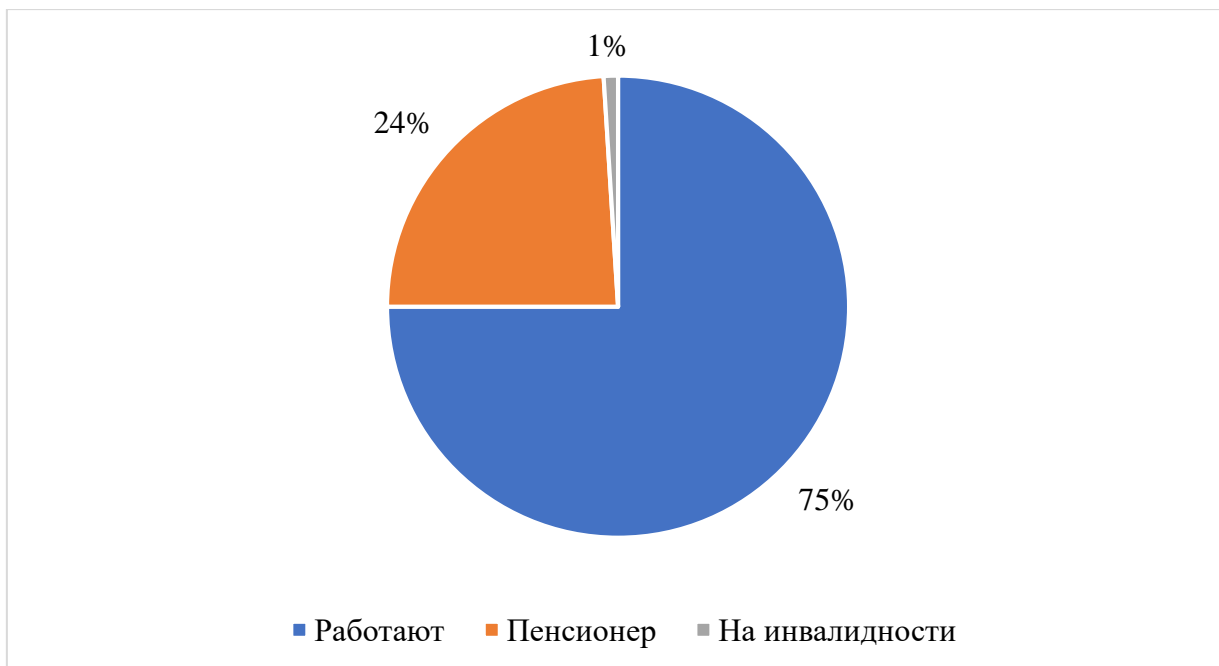


Рис. 7. Соотношение по образованию

Соотношение по самобслуживанию: 89% - сами себя обслуживают, 11% - обслуживают при помощи сторонних лиц (жена, дети, мед.работник) (Рис. 8).

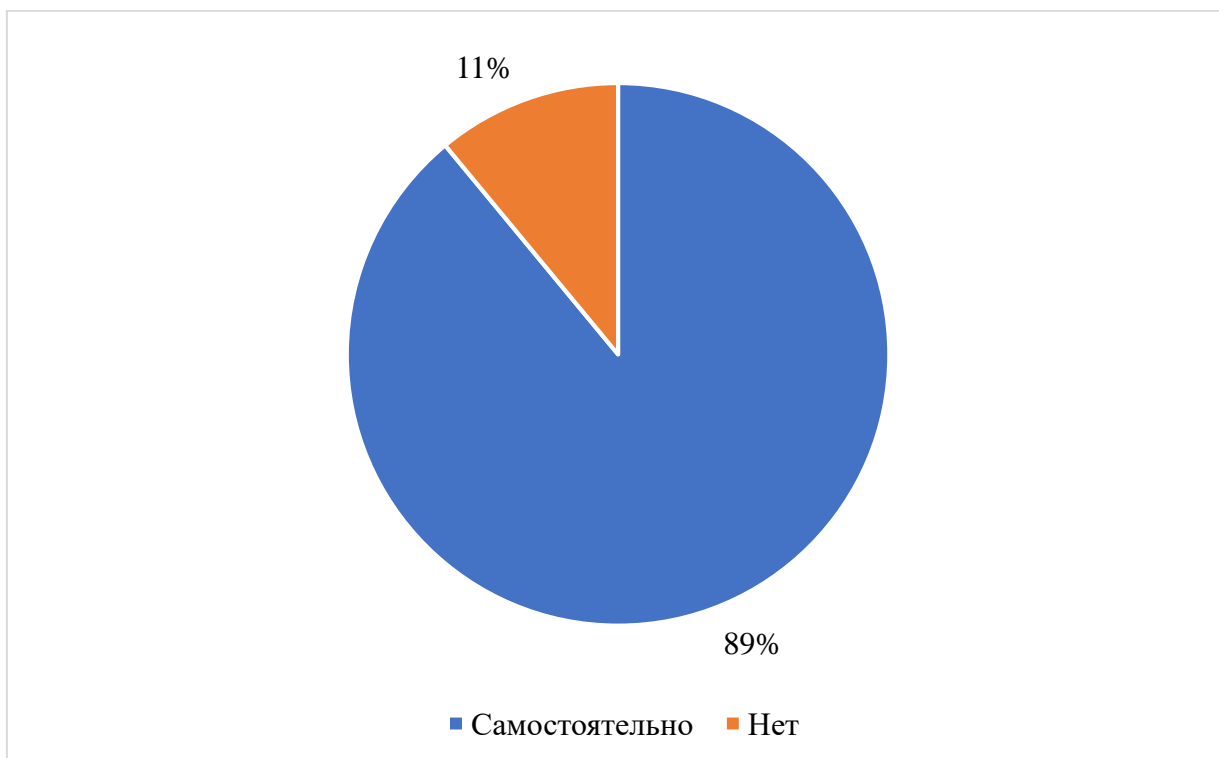


Рис. 8. Соотношение по самобслуживанию

Соотношение по знанию своей болезни: 81% - знают какое у них заболевание; 19% - не знают какое у них заболевание (Рис. 8).

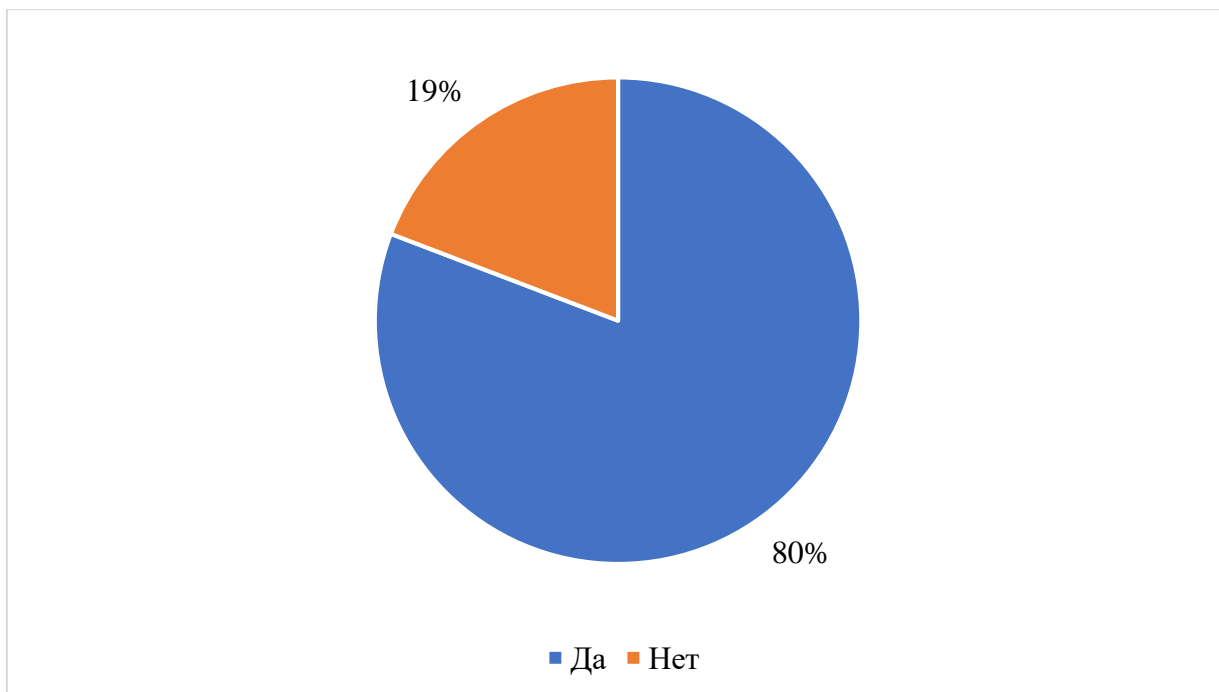


Рис. 9. Соотношение по знанию своей болезни

Соотношение по знанию своего заболевания: 81% - знают, что такое хронический пиелонефрит; 19% - не знают какое хронический пиелонефрит (Рис. 10).

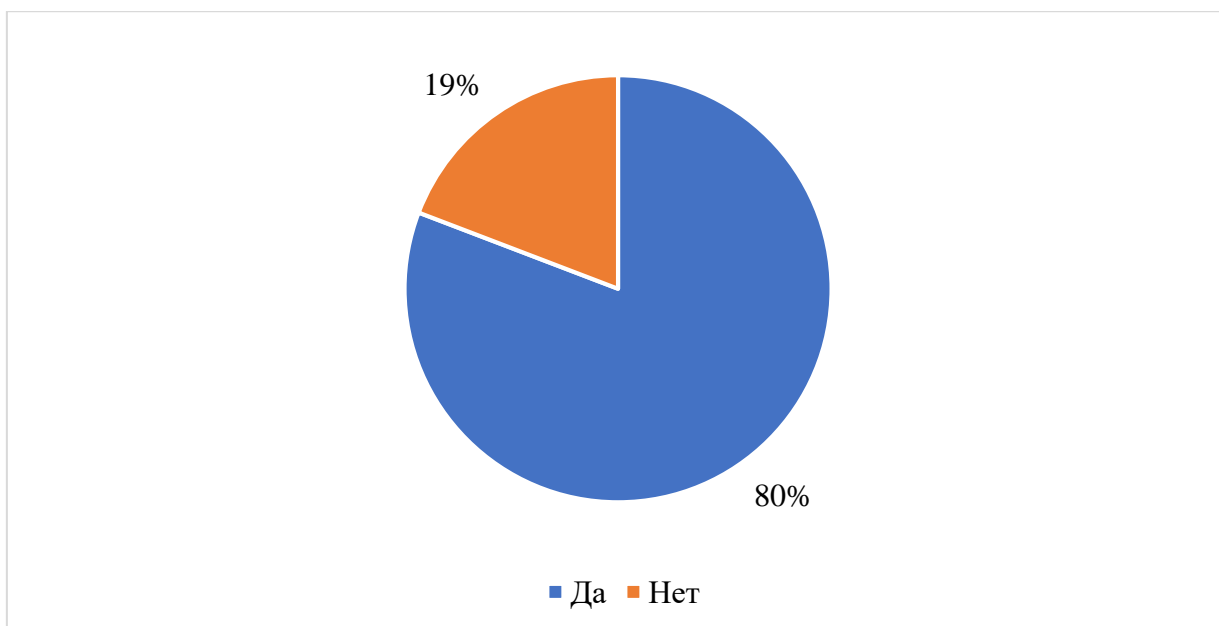


Рис. 10. Соотношение результатов по знанию своего заболевания

Соотношение источников, из которых пациенты узнали, что такое хронический пиелонефрит: 35% - узнали от медработника; 13% - узнали от родственников; 7% - узнали от знакомых; 45% - узнали из СМИ (Рис. 11).

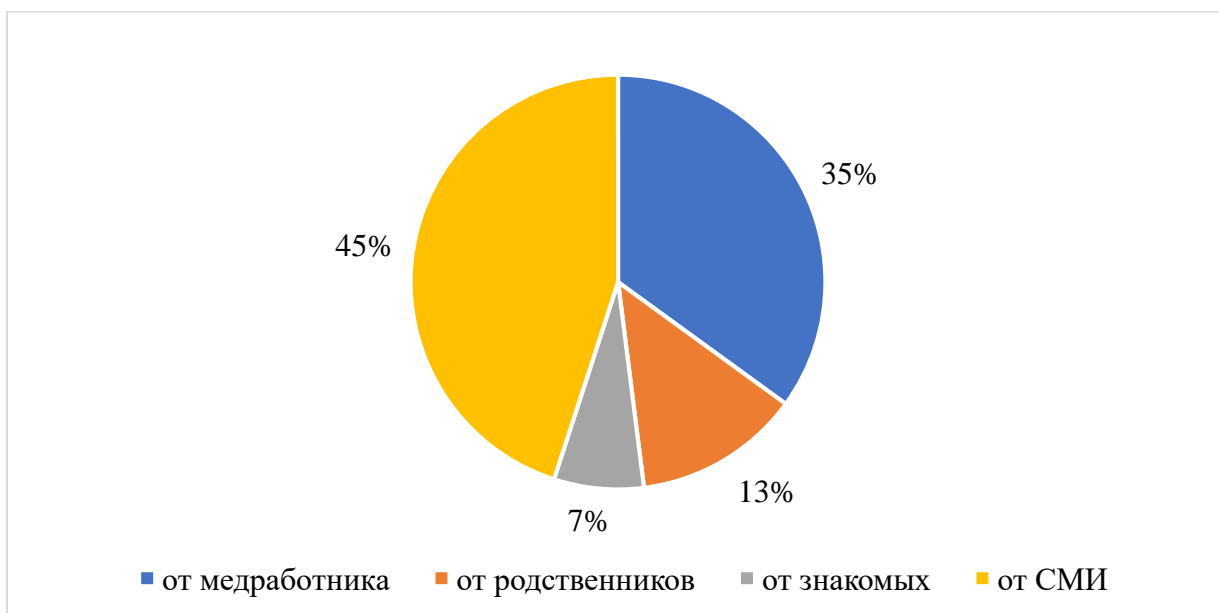


Рис. 11. Источники информации о хроническом пиелонефрите

Соотношение ответов пациентов необходимости предоставления больше информации о таком заболевании, как хронический пиелонефрит, и методы его профилактики: 95% - ответили да; 5% - ответили нет (Рис. 12).

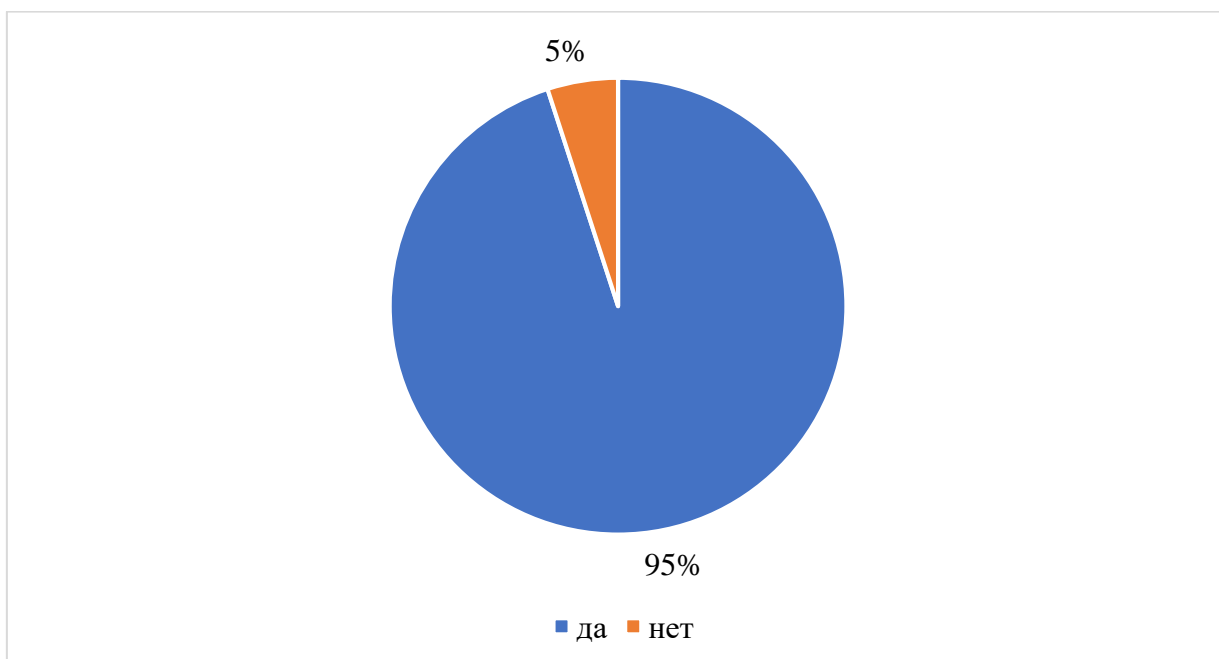


Рис. 12. Необходимость в большей информации

Соотношение ответов пациентов о частоте обращения за медицинской помощью по поводу хронического пиелонефрита: 69% - ответили реже 1 раза в год; 29% - 1-2 раза в год; 2% - более 3 раз в год (Рис. 13).

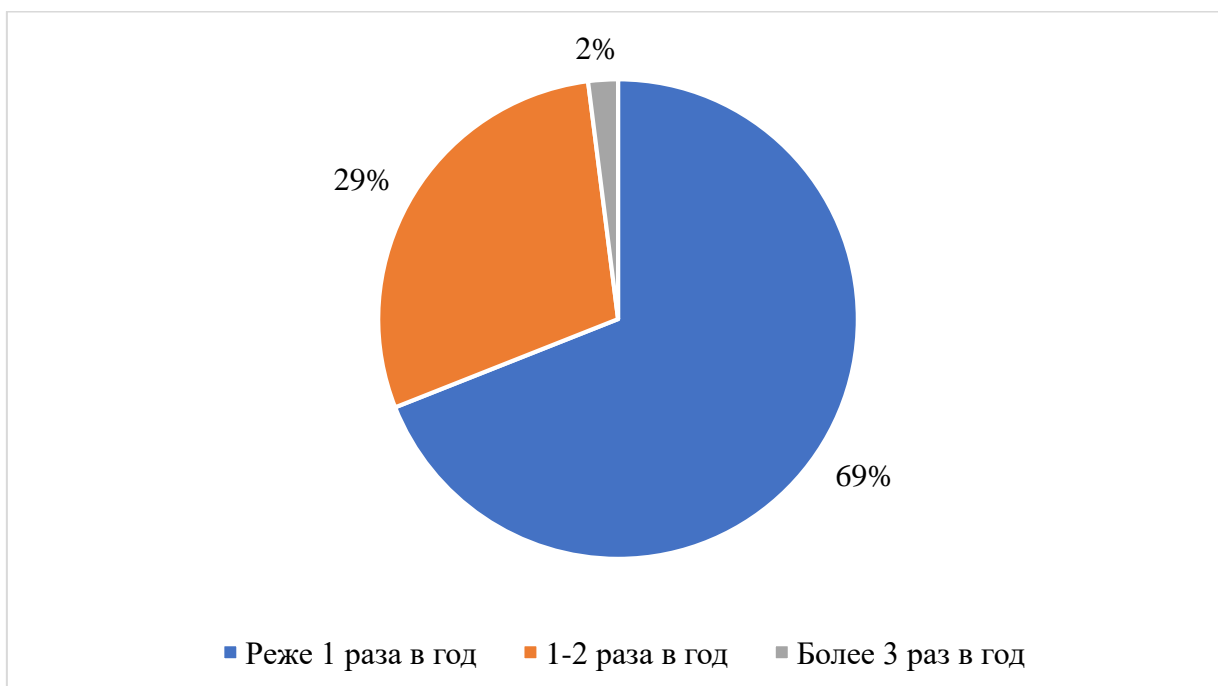


Рис. 13. Обращаетесь за медицинской помощью

Соотношение ответов пациентов о выполнении назначения врача: 81% - ответили да; 2% - нет; 17% - при ухудшении (Рис. 14).

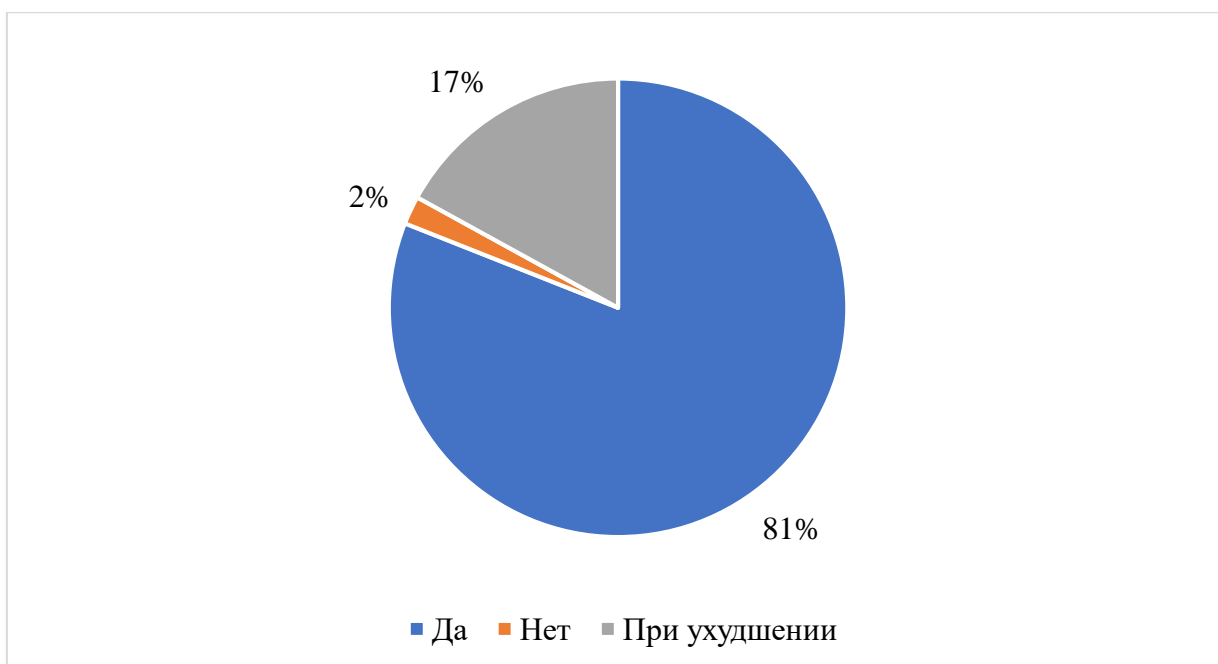


Рис. 14. Выполнение назначений врача

Соотношение ответов пациентов о работе, которая связана с переохлаждением: 56% ответили – да; 44% - нет (Рис. 15).

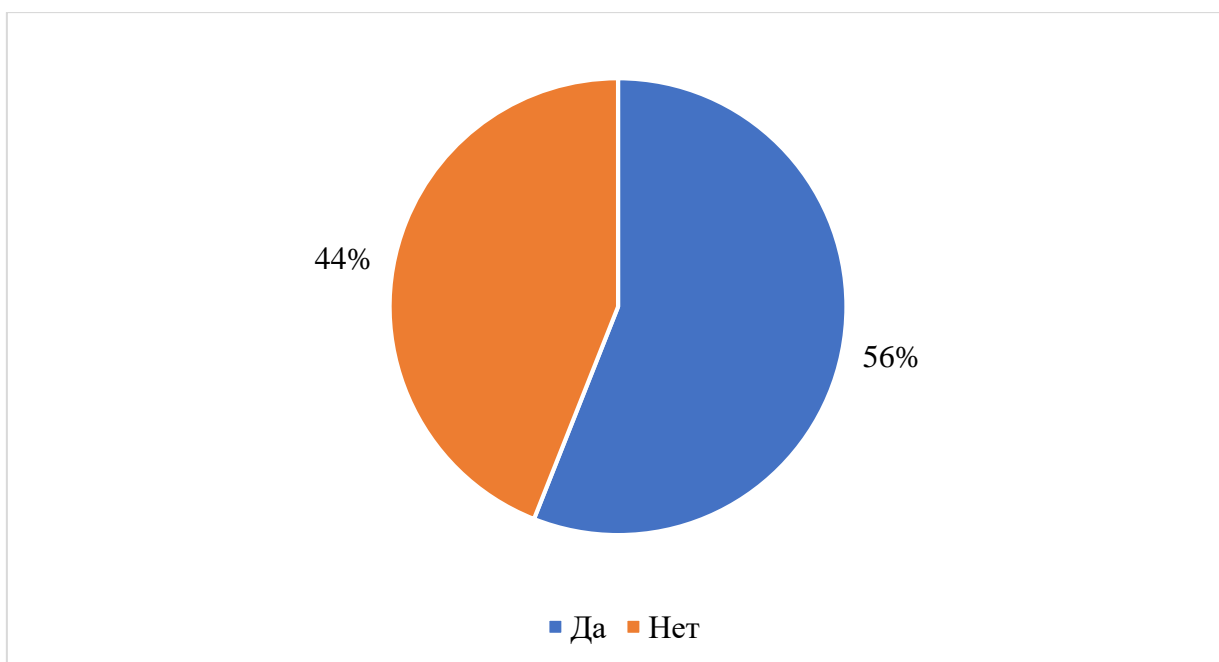


Рис. 15. Наличие переохлаждения на работе

Соотношение ответов пациентов о работе, которая связана со сквозняками: 56% отметили – да; 44% - нет (Рис. 16).

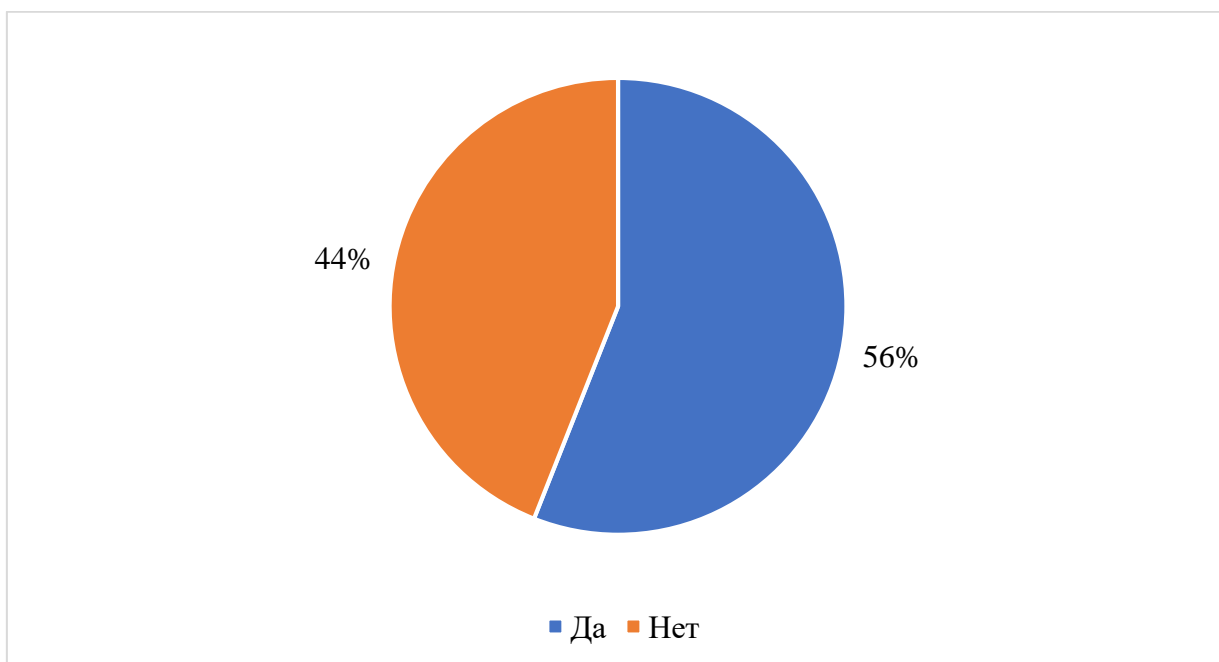


Рис. 16. Связь работы со сквозняками

Соотношение ответов пациентов о работе, которая связана с повышенной влажностью, сыростью: 61% - отметили да; 39% - нет (Рис. 17).

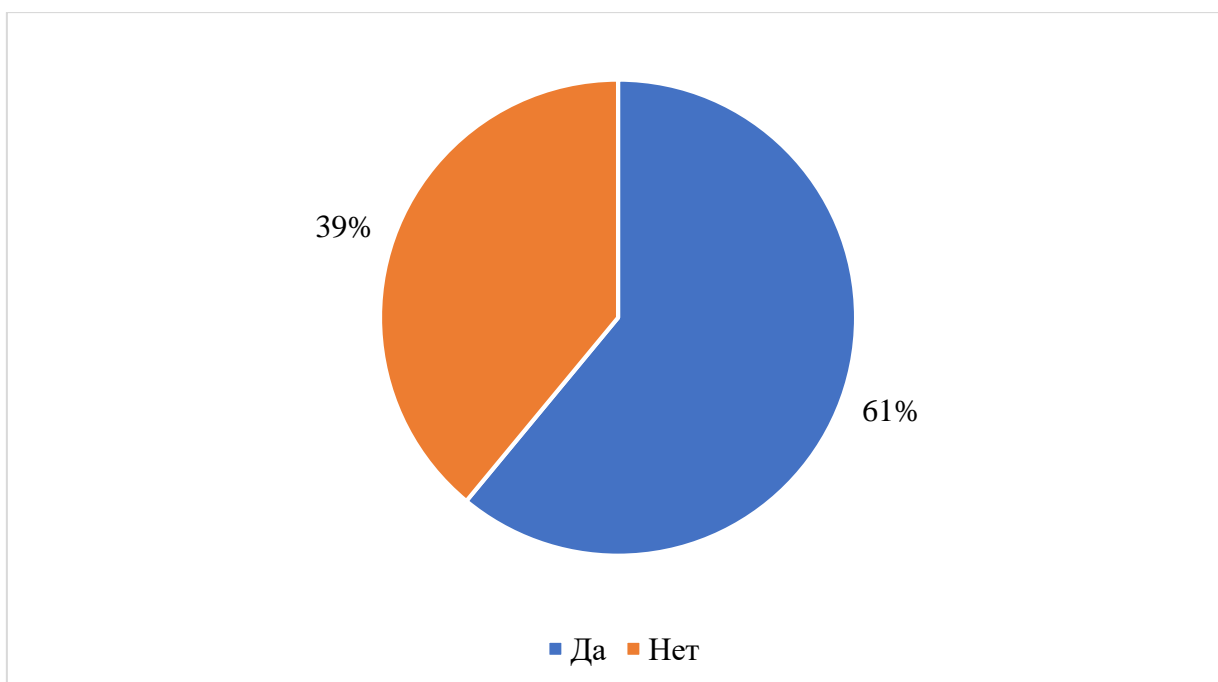


Рис. 17. Связь работы с повышенной влажностью, сыростью

Соотношение ответов пациентов о работе, которая связана с длительным сидением: 63% отметили – да; 37% - нет (Рис. 18).

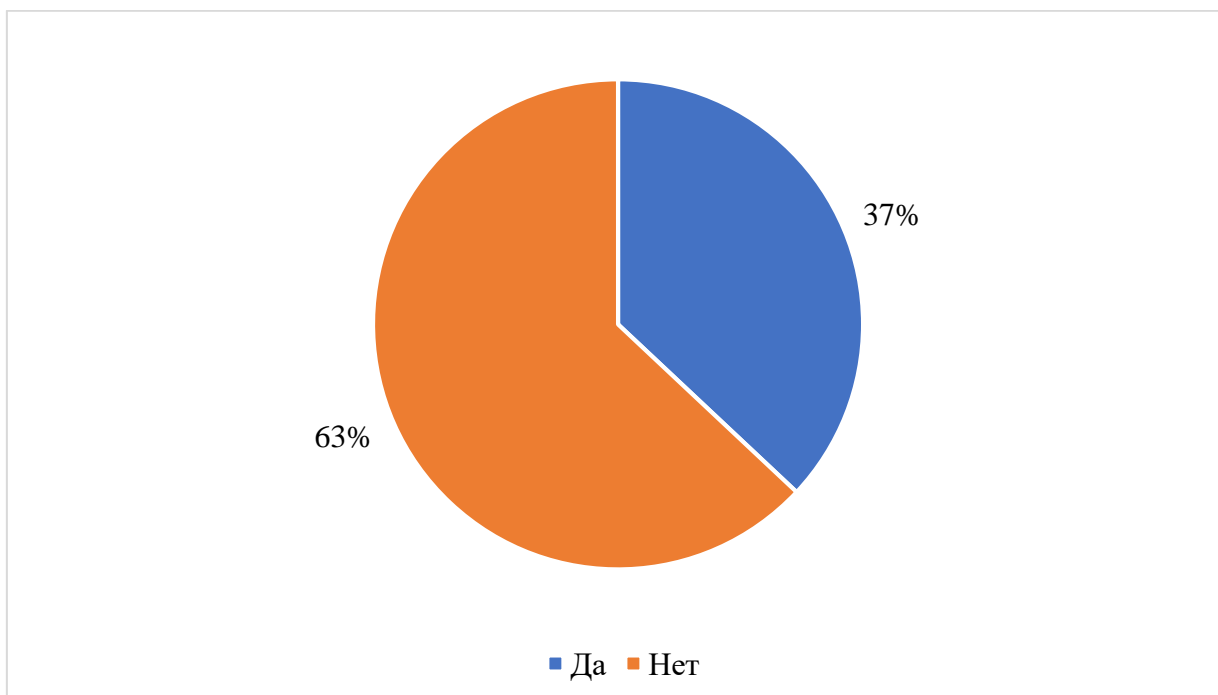


Рис. 18. Связь работы с длительным сидением

Соотношение ответов пациентов о частоте переохлаждения по дороге на работу или с работы: 54% отметили – да; 46% отметили – нет (Рис. 19).

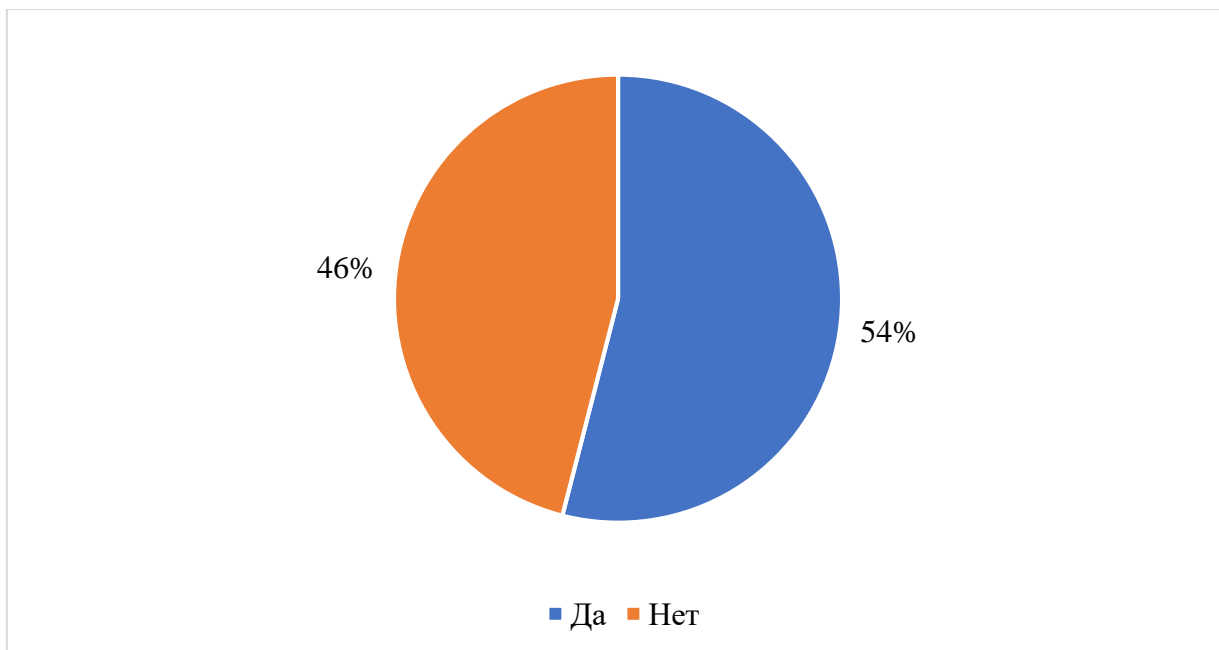


Рис. 19. Наличие переохлаждаетесь по дороге на работу или с работы

Соотношение ответов пациентов о наличии каких-нибудь очагов инфекции: 38% отметили – да; 62% отметили – нет (Рис. 20).

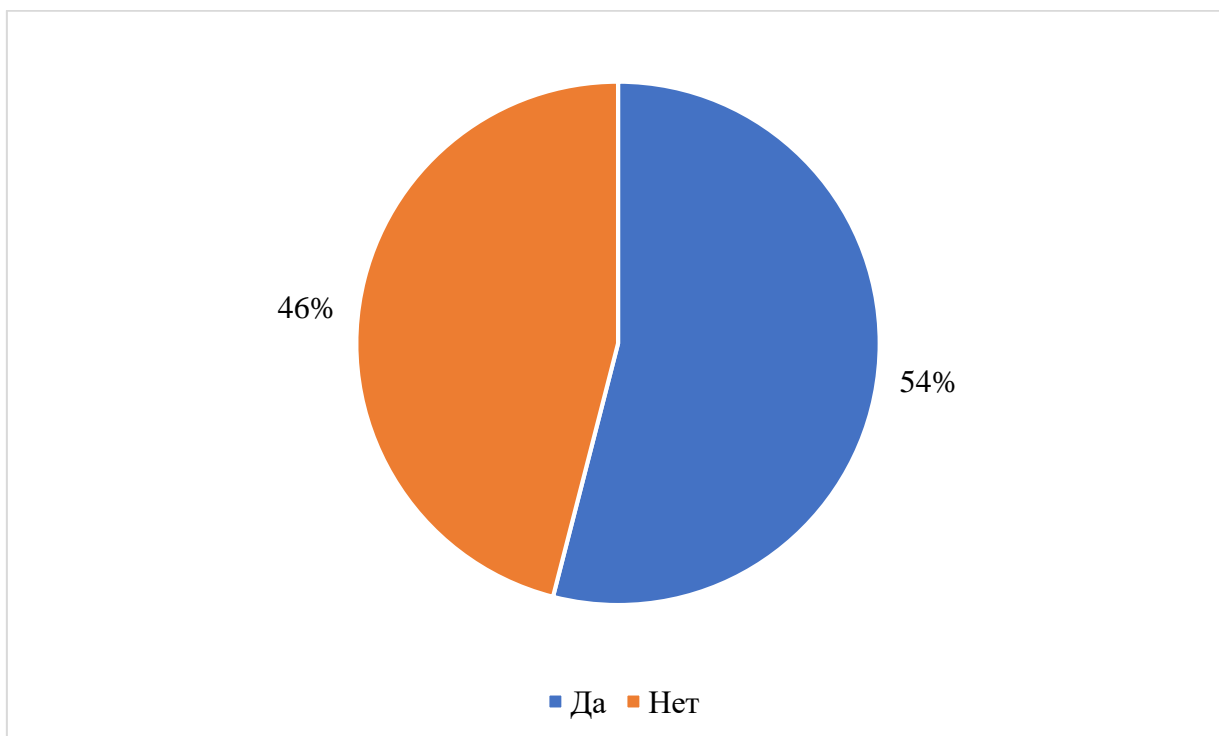


Рис. 20. Наличие очагов инфекции

Соотношение ответов пациентов о наличии болезни – цистит: 59% отметили – да, 41% - отметили нет (Рис. 21).

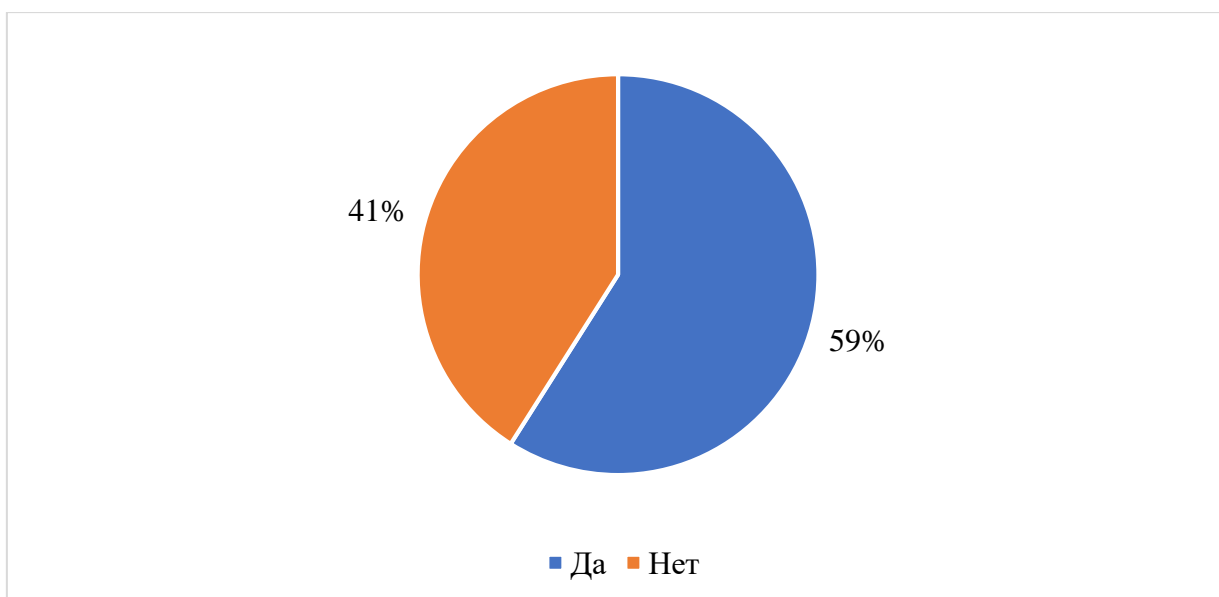


Рис. 21. Наличие цистита в анамнезе

Соотношение ответов пациентов о проведении каких-нибудь урологических исследований (цистоскопию, катетеризацию мочевого пузыря): 54% отметили – да, 46% отметили – нет (Рис. 22).

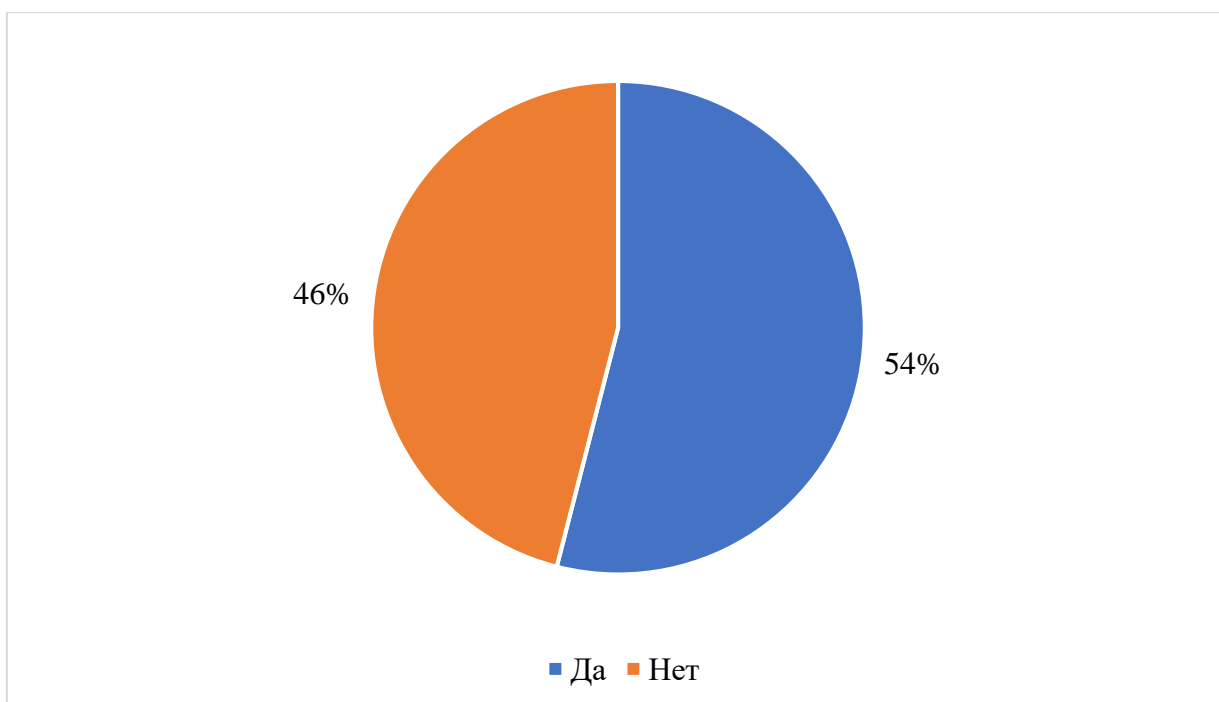


Рис. 22. Наличие урологических исследований (цистоскопии, катетеризации мочевого пузыря)

Соотношение ответов пациентов о наличии врожденных аномалий мочевыделительной системы: 2% отметили, что есть врожденные аномалии мочевыделительной системы, 98% - отметили нет (Рис. 23).

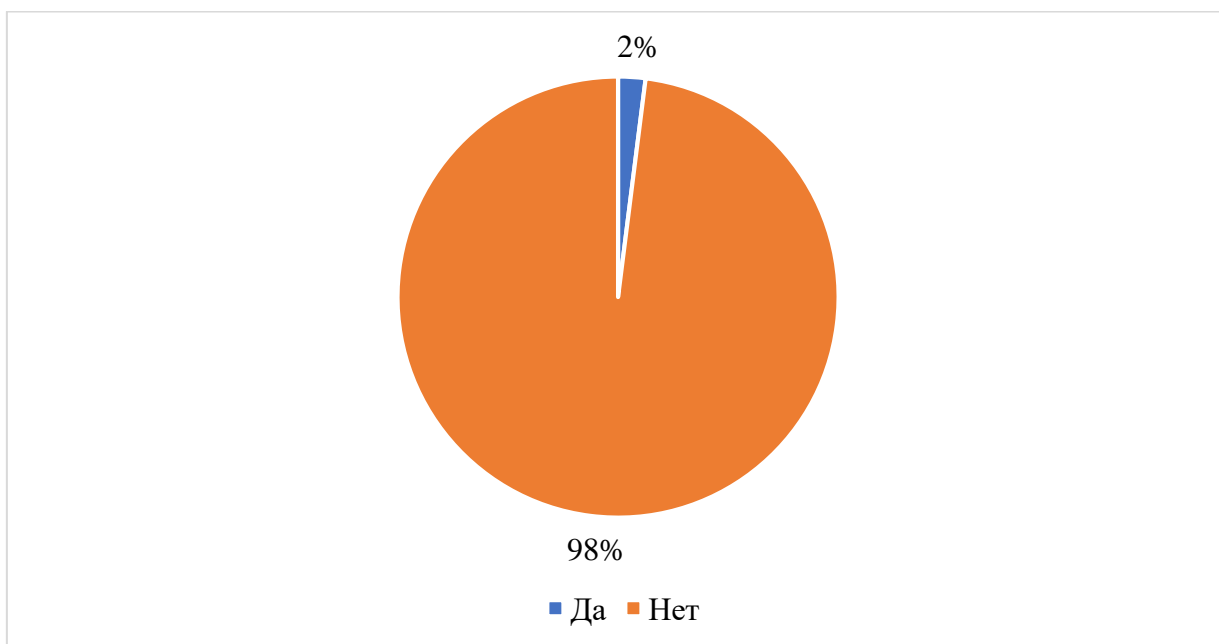


Рис. 23. Наличие врожденных аномалий мочевыделительной системы

Соотношение ответов пациентов о наличии опущение почки: 39% отметили – да; 61% - нет (Рис. 24).

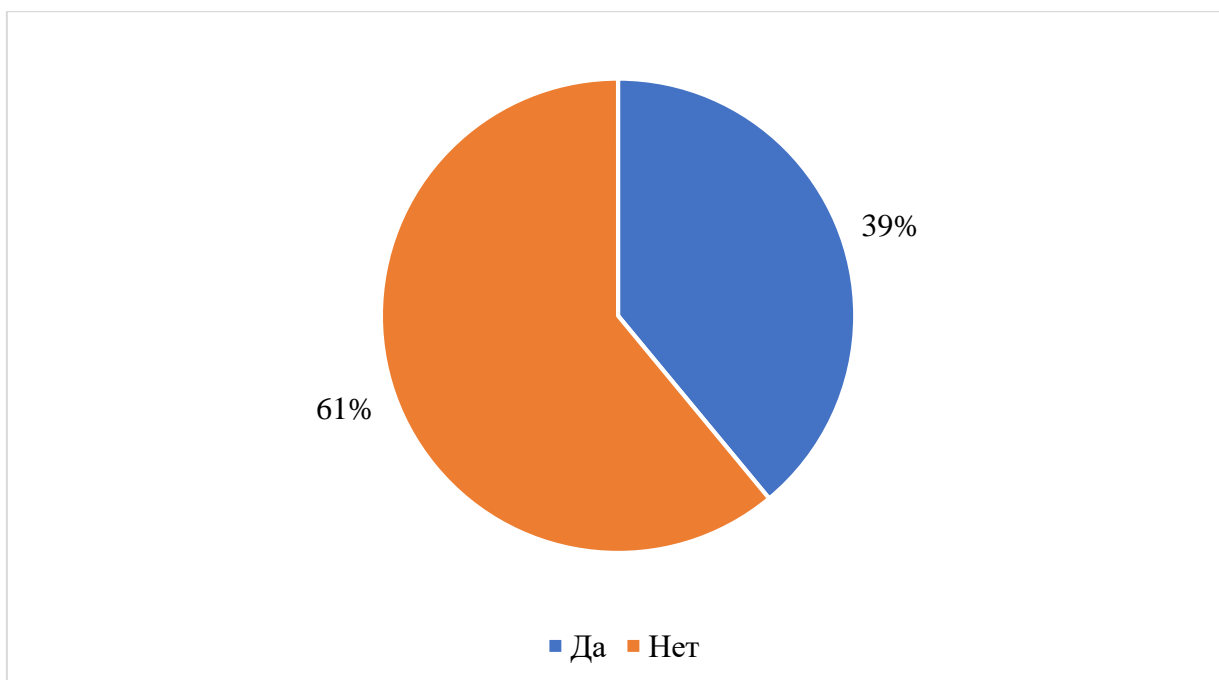


Рис. 24. Наличие опущения почки

Соотношение ответов пациентов о наличии стрессовых ситуаций в семье: 62% отметили, что есть стрессовые ситуации в семье: 38% - отметили нет (Рис. 25).

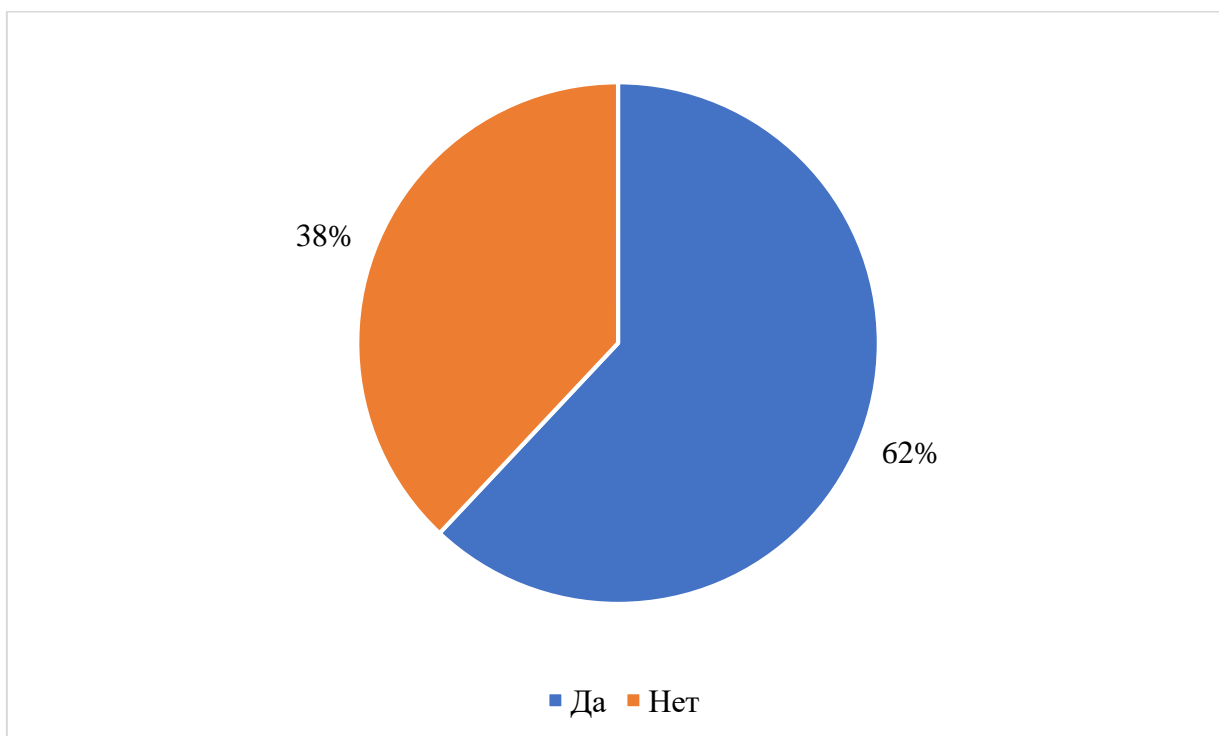


Рис. 25. Наличие стрессовых ситуации в семье

Соотношение ответов пациентов о наличии в семье заболевания почек: 38% отметили – да, 62% - отметили нет (Рис. 26).

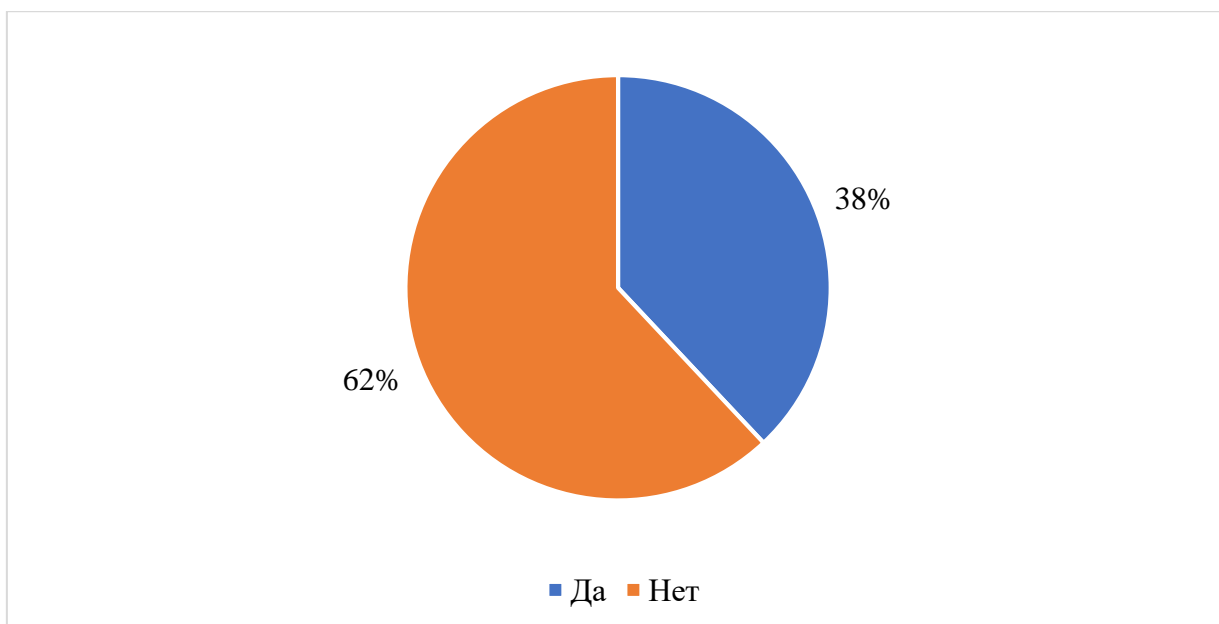


Рис. 26. Наследственная предрасположенность к заболеванию мочевой системы

Соотношение ответов пациентов о наличии курении: 40% отметили, что курят; 24% - нет; 36% - изредко (Рис. 27).

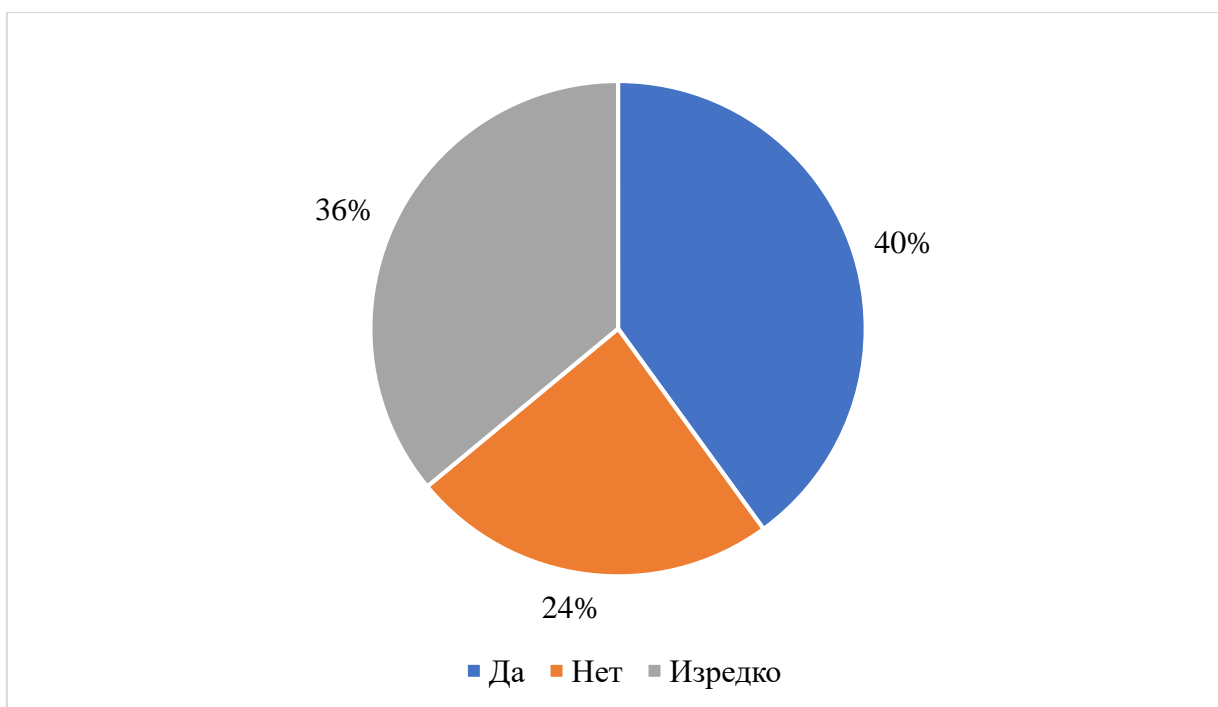


Рис. 27. Курение

Соотношение ответов пациентов об употреблении алкоголь: 67% отметили, что да; 5% - нет; 28% - изредко (Рис. 28).

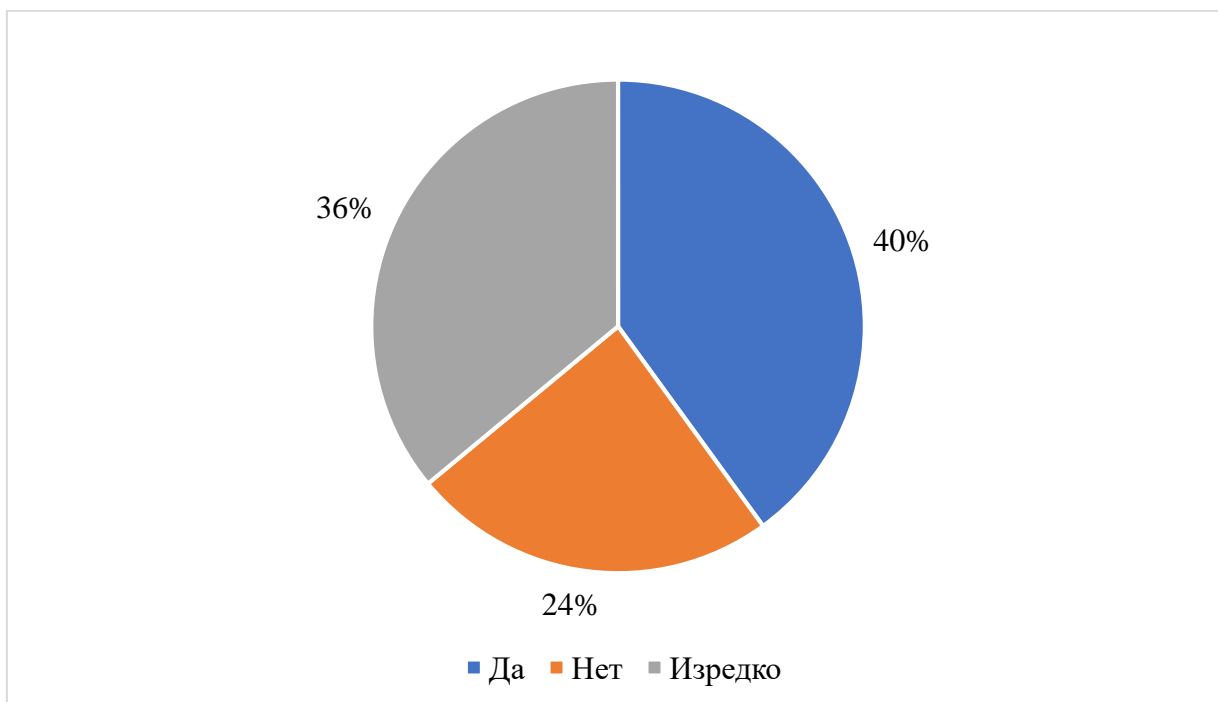


Рис. 28. Употребление алкоголя

Соотношение ответов пациентов о наличии избыточной массы тела: 62% отметили – да; 38% - нет (Рис. 29%).

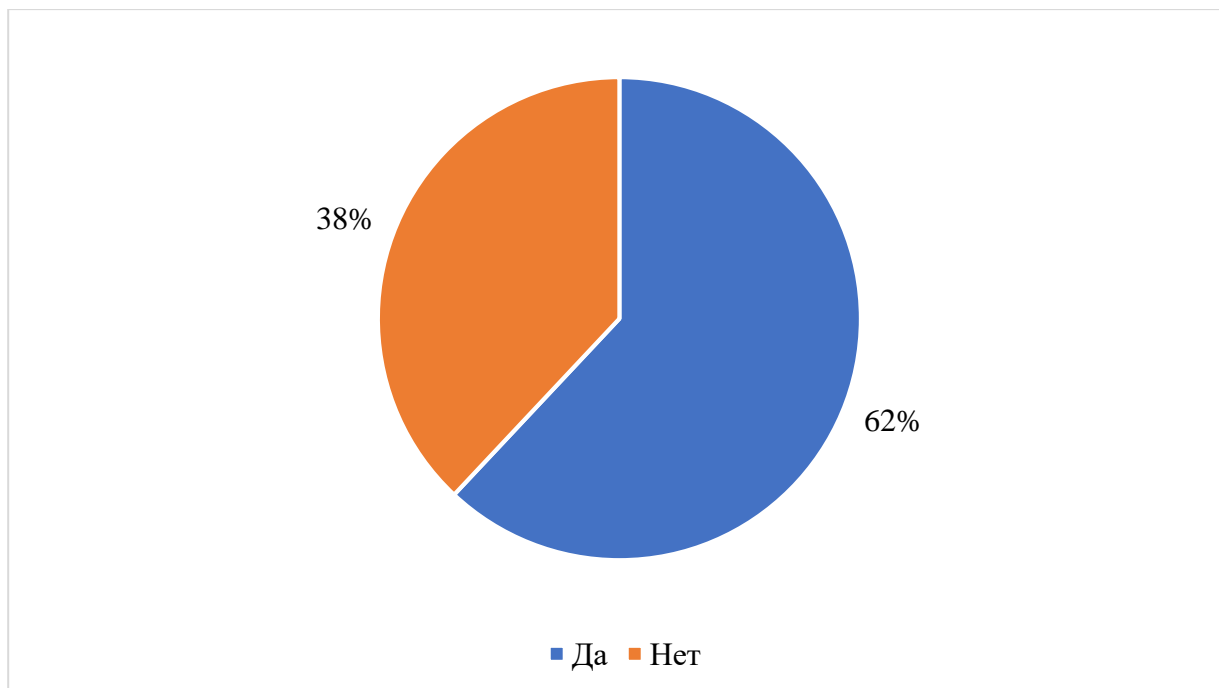


Рис. 29. Наличие избыточной массы тела

Соотношение ответов пациентов о регулярном наблюдении за весом: 38% отметили – да; 62% - нет (Рис. 30).

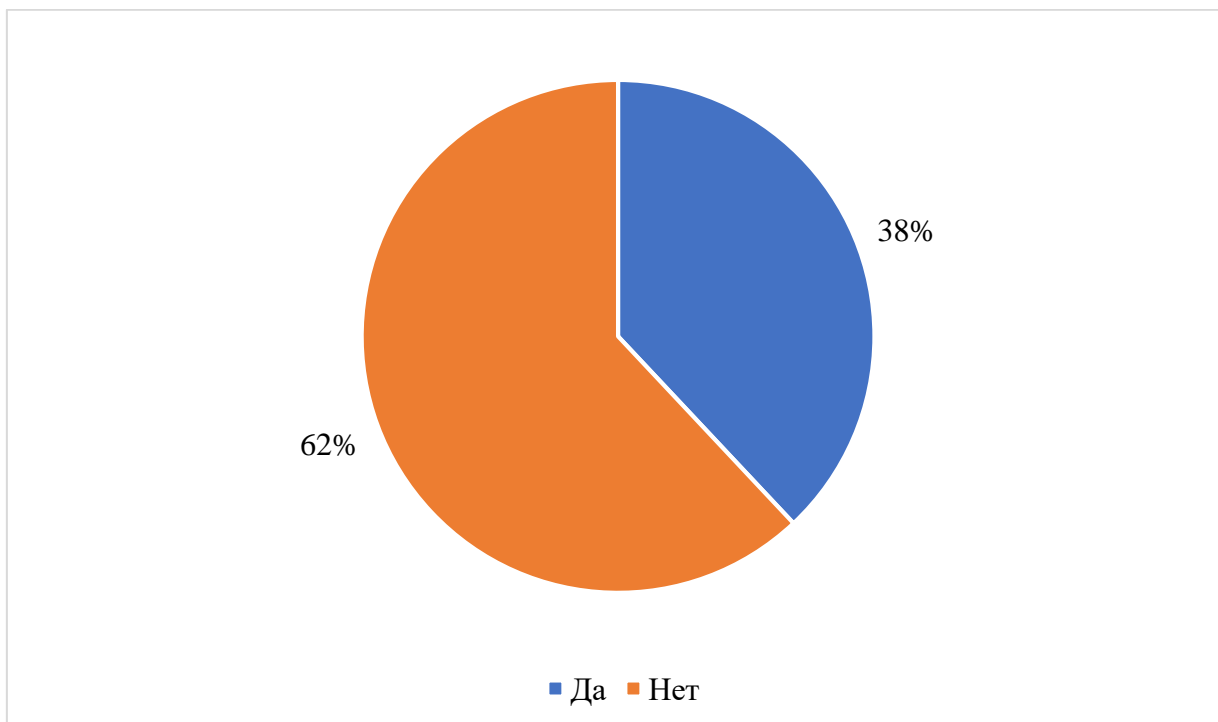


Рис. 30. Контроль за весом

Соотношение ответов пациентов о том, делают ли они зарядку или нет: 8% отметили, что делают зарядку, 92% - отметили, что не делают (Рис. 31).

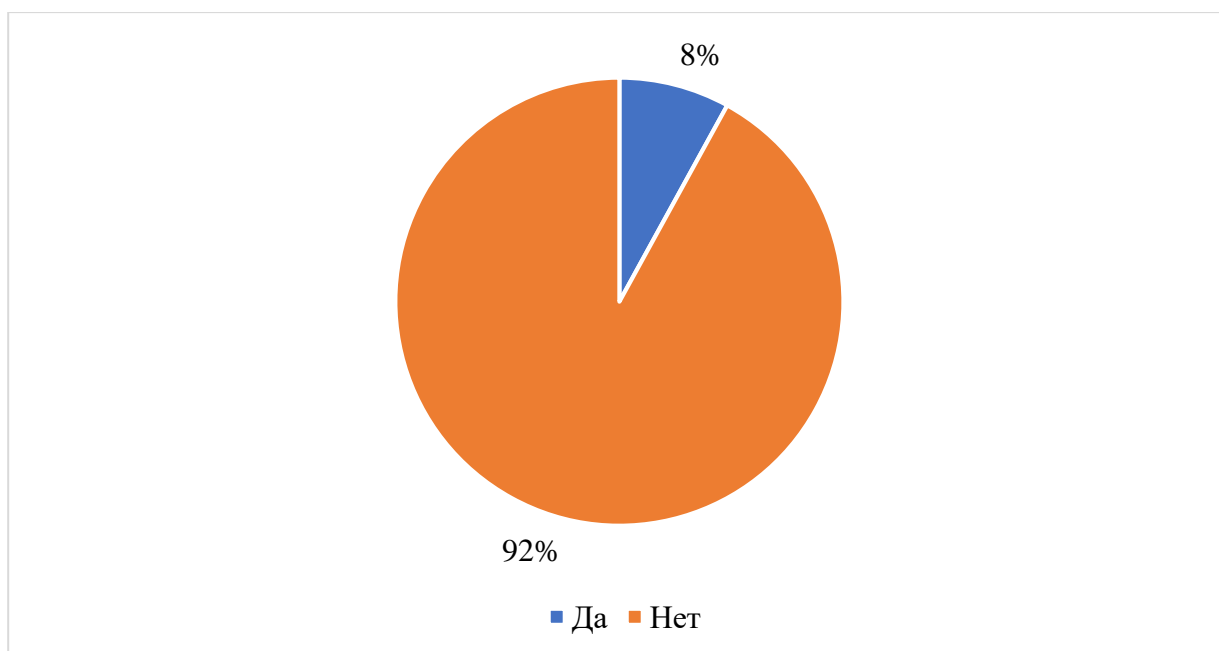


Рис. 31. Выполнение зарядки

Соотношение ответов пациентов о том, занимаются ли они спортом или нет: 4% отметили, что занимаются каким-либо спортом, 96% отметили, что не занимаются (Рис. 32).

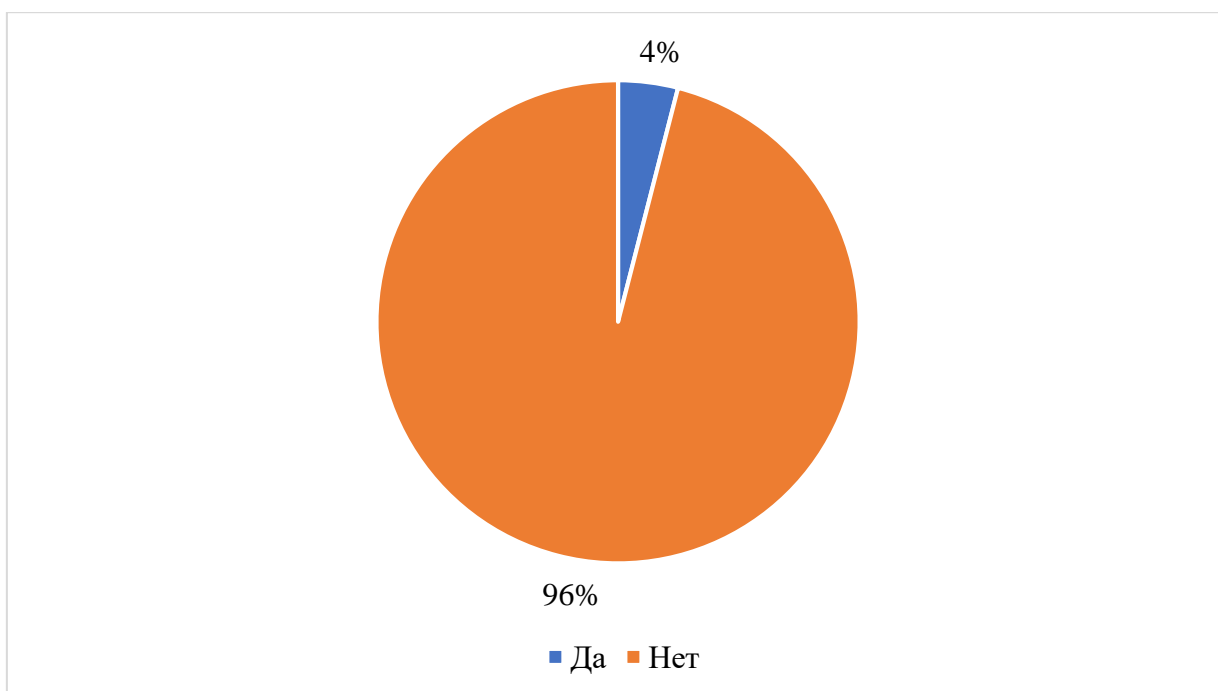


Рис. 32 Занятие каким - то видом спорта

Соотношение ответов пациентов о предпочтении активного отдыха: 5% отметили, что предпочитают активный отдых, 95% - нет (Рис. 33).

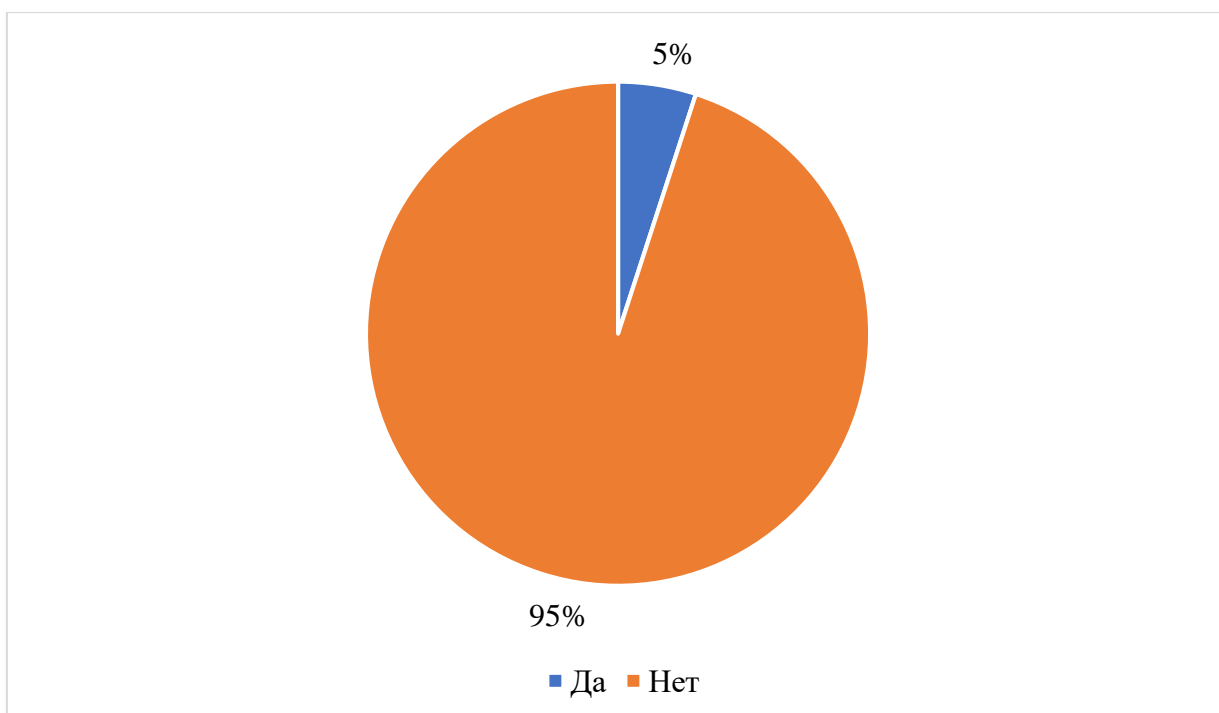


Рис. 33. Активный отдых

Соотношение ответов пациентов о злоупотреблении соленой пищей: 54% отметили, что злоупотребляют соленой пищей; 46% - отметили, что нет (Рис. 34).

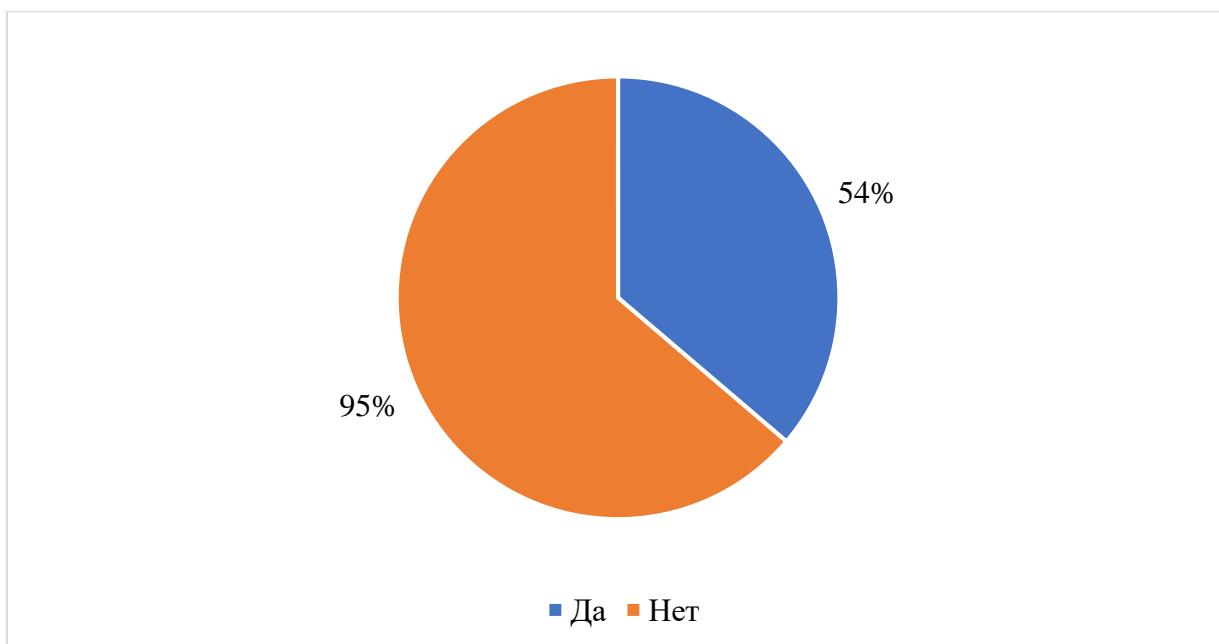


Рис. 34. Злоупотребление соленой пищей

Соотношение ответов пациентов о том, спят они хорошо или нет: 18% - отметили да, 59% - нет, 23% - иногда (Рис. 35).

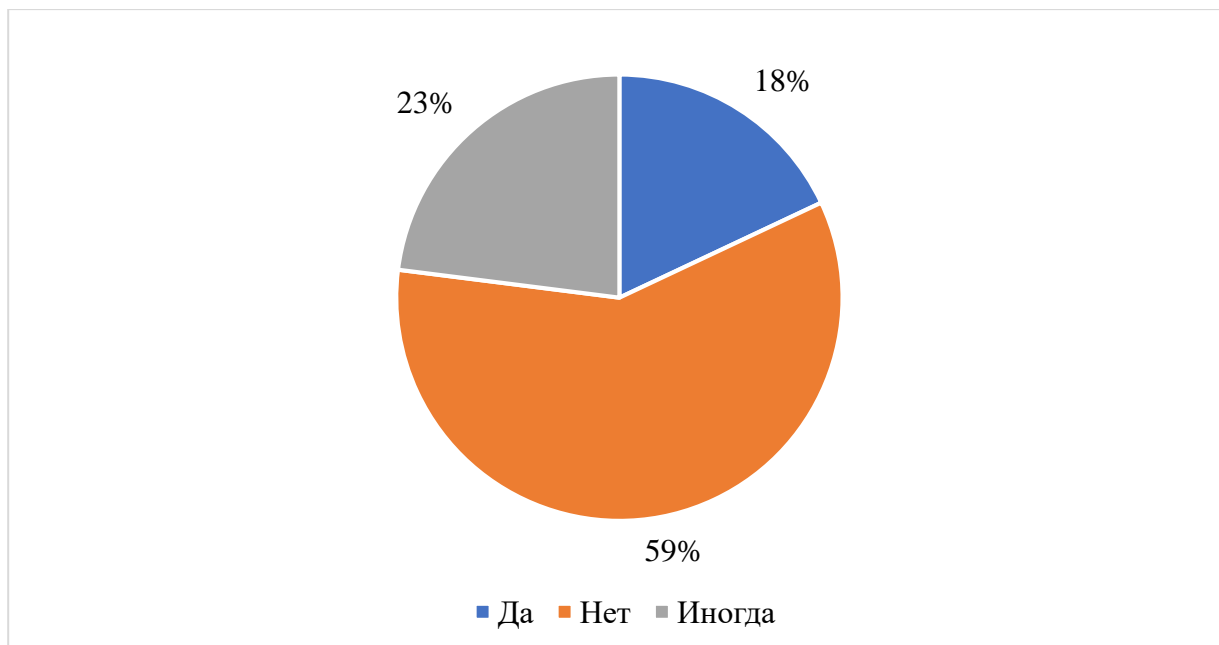


Рис. 35. Качество сна

Соотношение ответов пациентов о длительности их сна: 18% отметили - 6 час и менее, 59% - 8 час, 23% - 9 час и более (Рис. 36).

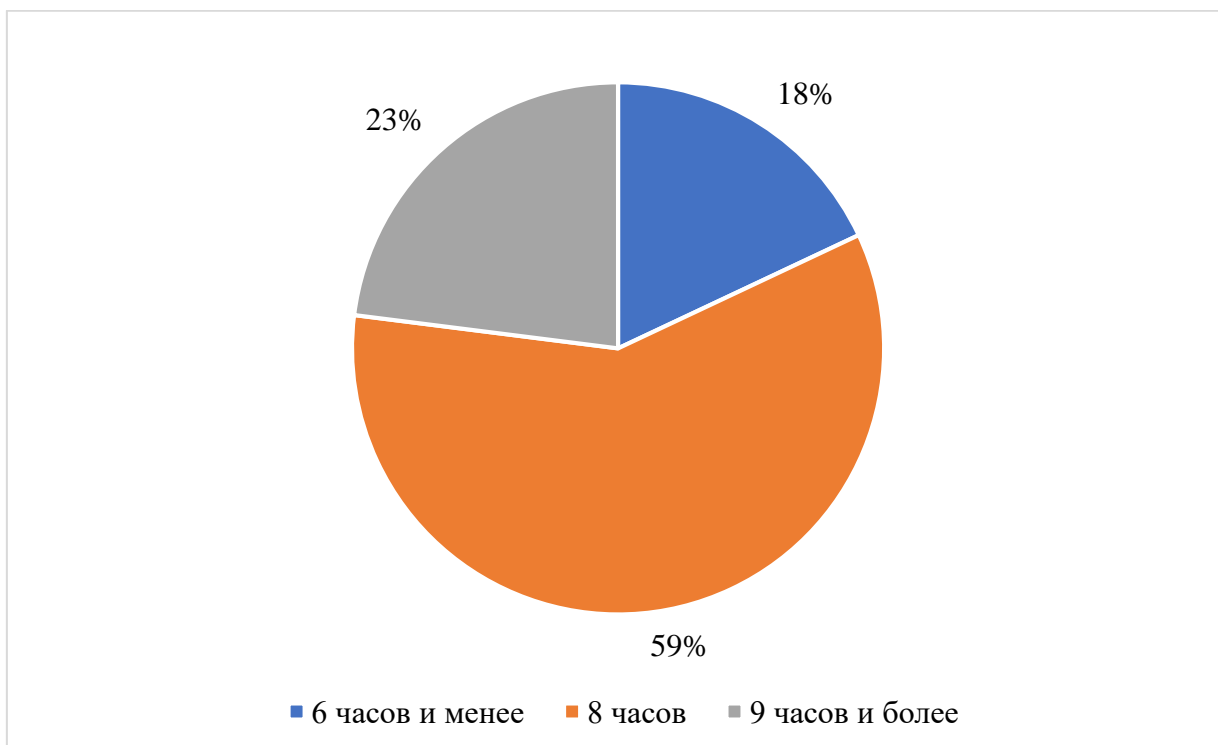


Рис. 36. Длительность сна

Соотношение ответов пациентов о том, состоят они на диспансерном учете у врача или нет: 38% отметили, что да; 62% - нет (Рис. 37).

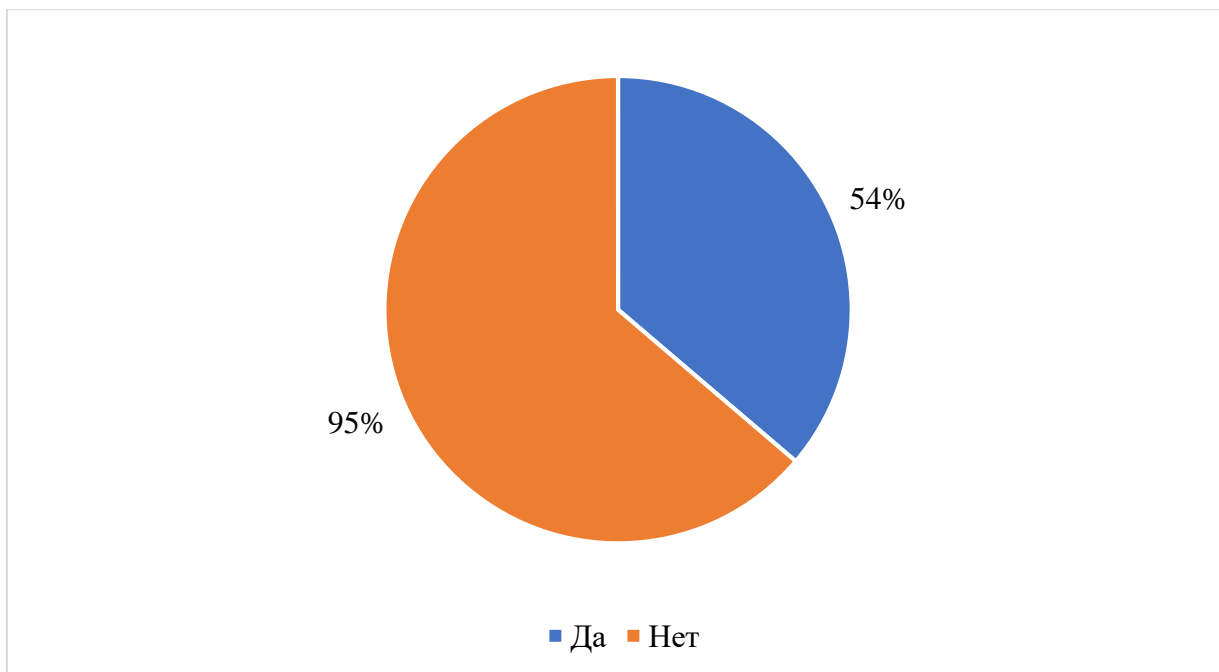


Рис. 37. Диспансерное наблюдение

Соотношение ответов пациентов о регулярности посещения врача: 39% - отметили – да; 61% отметили – нет (Рис. 38).

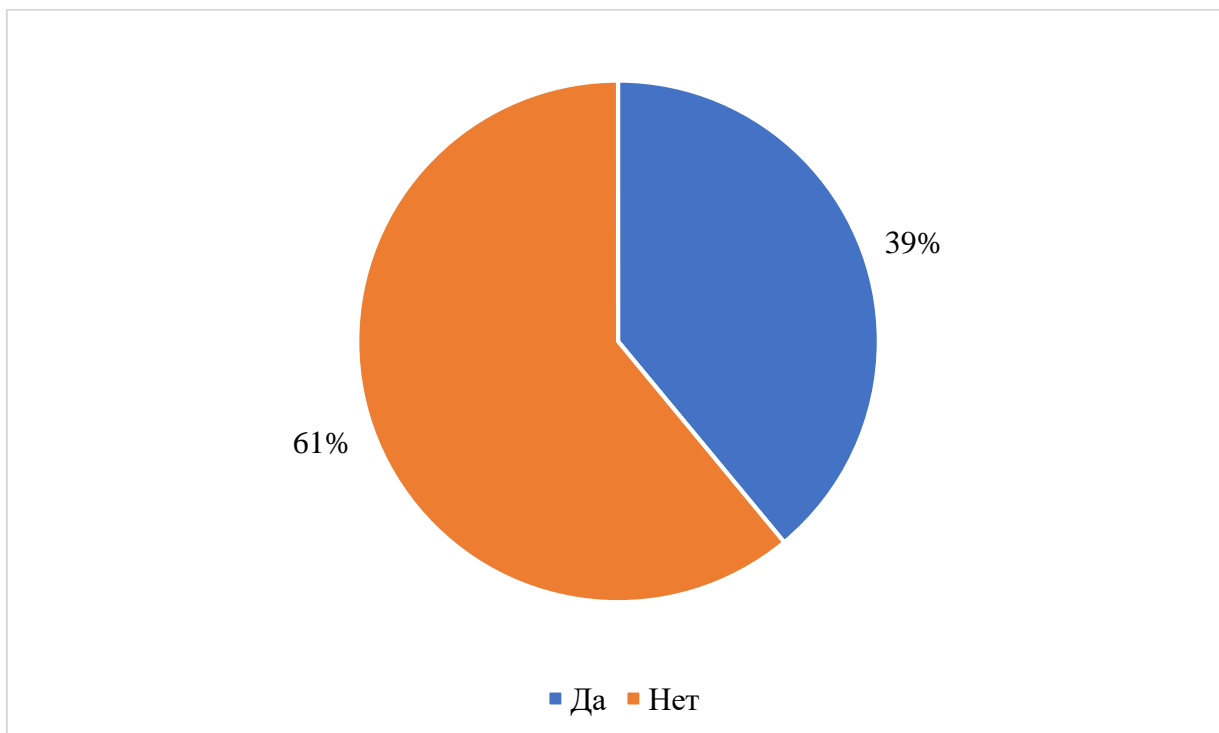


Рис. 38. Регулярность посещения врача

Соотношение ответов пациентов о выполнении рекомендаций врача: 92% отметили, что да; 8% - нет (Рис. 39).

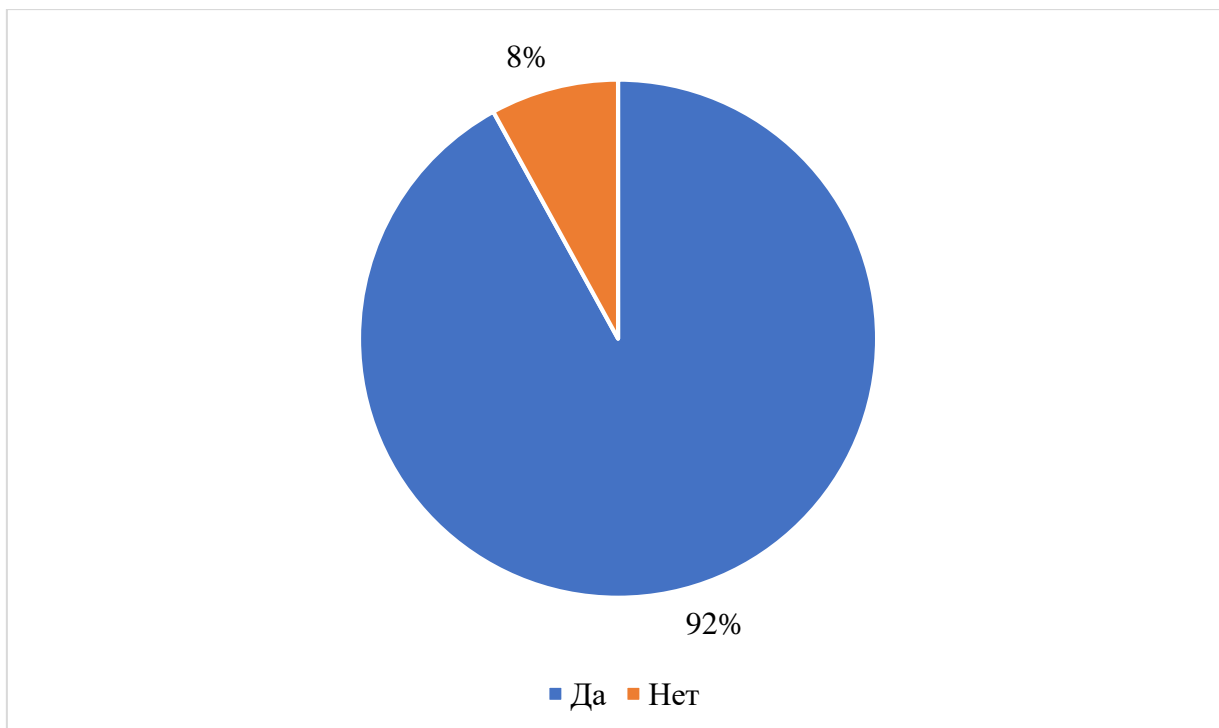


Рис. 39. Выполнение рекомендаций врача

Соотношение ответов пациентов о том, хотели бы они больше знать о своем заболевании: 98% отметили да; 2% - нет (Рис. 41).

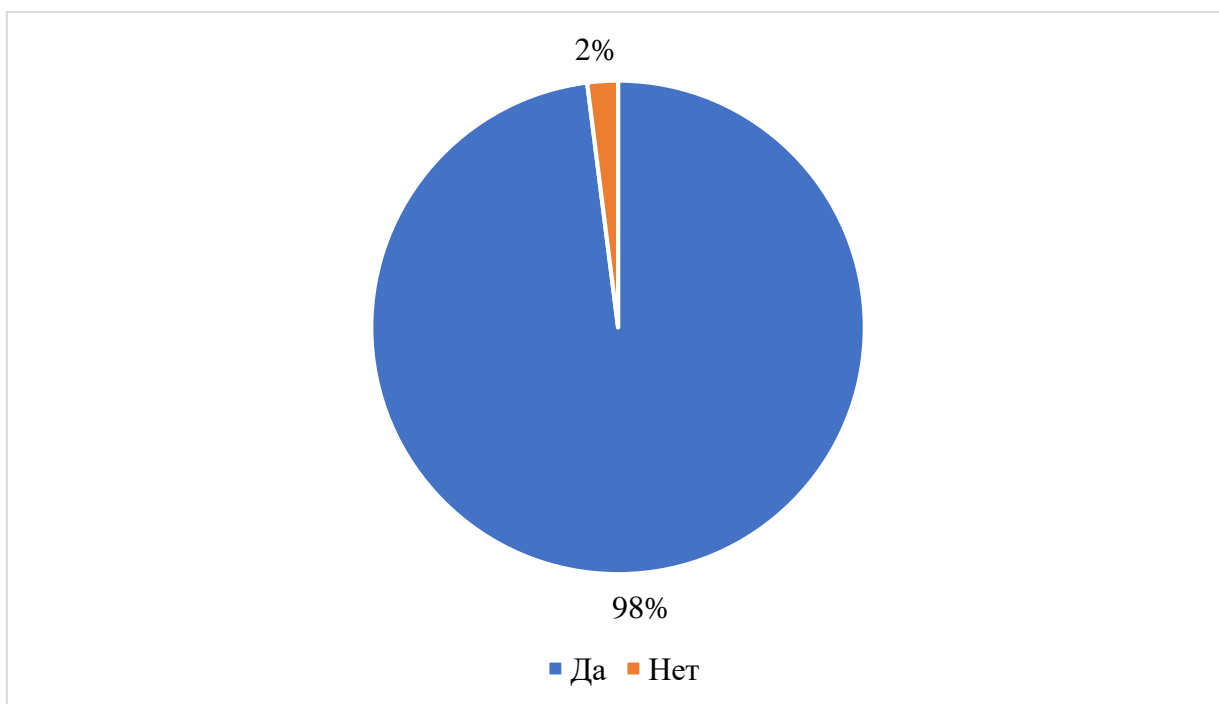


Рис. 41. Желание знать о своем заболевании больше

Соотношение ответов пациентов о том, хотели бы они, чтобы при отделении была «Школа здоровья»: 91% ответили да; 9% - нет (Рис. 42).

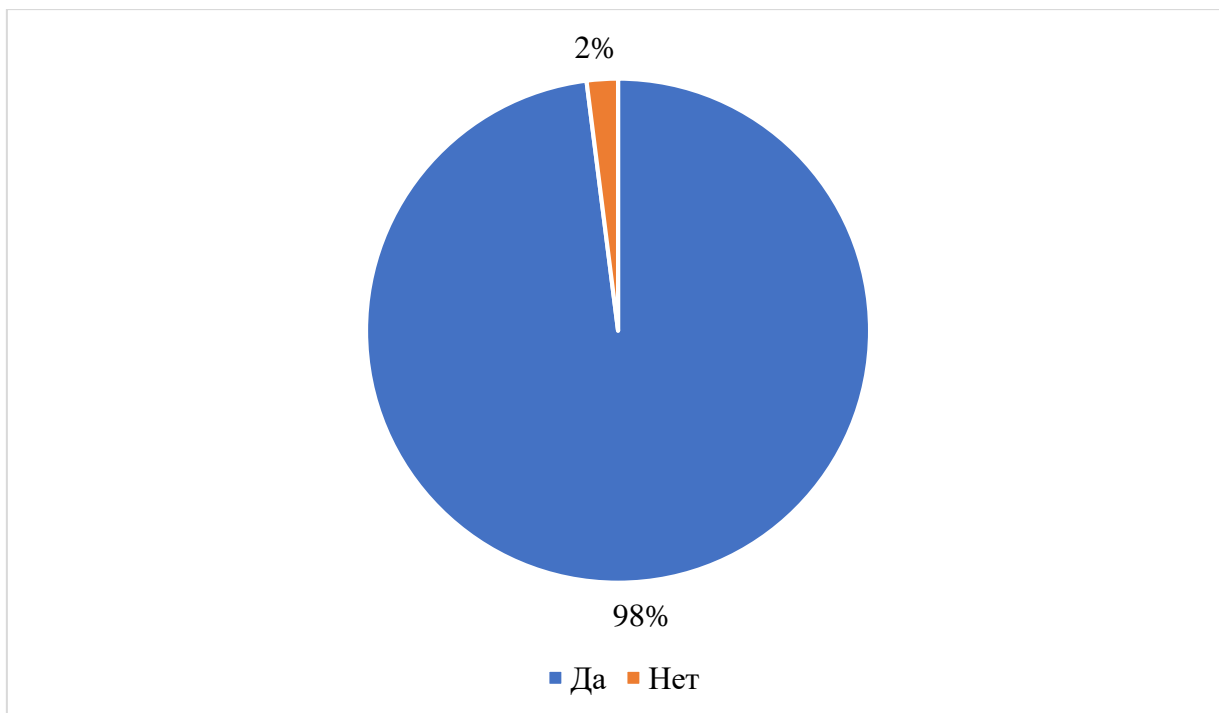


Рис. 41. Рекомендации открыть «Школу здоровья»

Соотношение ответов пациентов о посещении «Школы здоровья»: 61% отметили да; 39% - нет (Рис. 42).

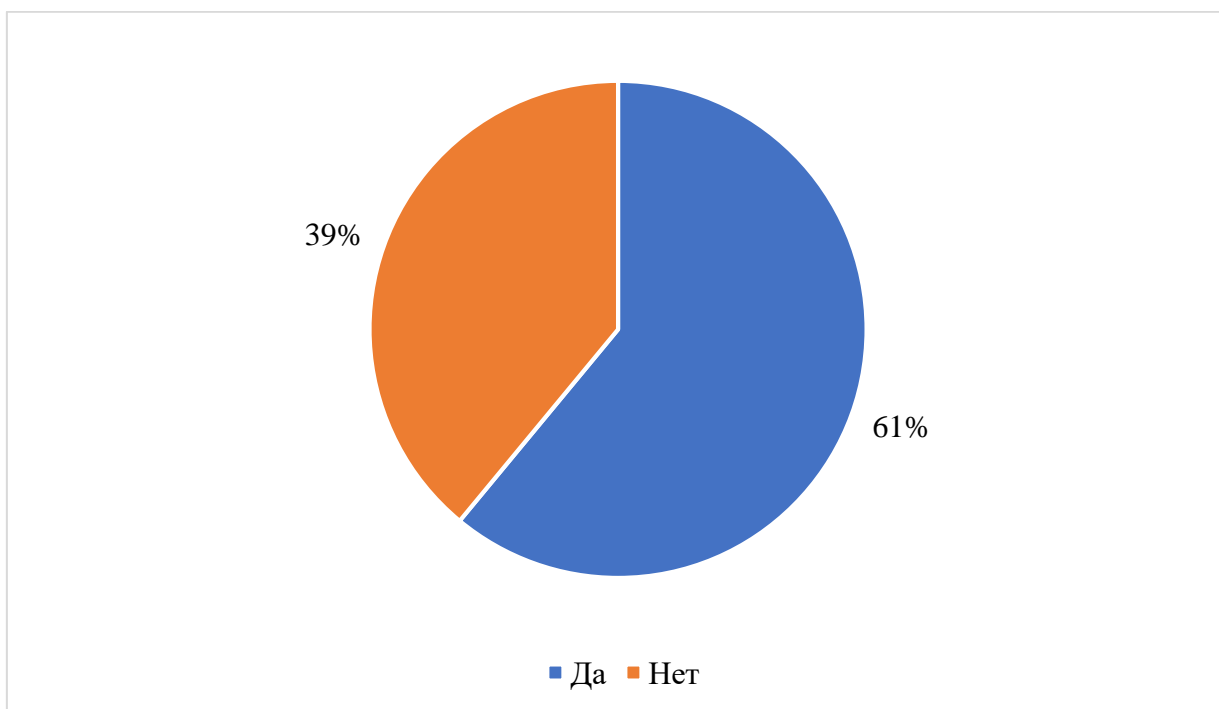


Рис. 42. Желание посещать «Школу здоровья»

Выводы:

Хроническим пиелонефритом чаще болеют женщины (65%), трудоспособного возраста (85%), состоящие в браке (51%), проживающие в городе (74%), имеющие фактор переохлаждения, сквозняки (56%), повышенную сырость (61%), длительное сидение (67%) на работе, которые часто переохлаждаются по дороге на работу или с работы (54%), имеющие хронические очаги инфекции (62%), часто болеющие циститом (55%), с избыточной массой тела (62%), ведущие малоактивный образ жизни (95%), которые состоят, в основном, на диспансерном учете, но посещающие врача лишь при ухудшении состояния (39%). Большинство пациентов (98%) желали бы знать больше о своем заболевании, выступают за создание «Школы здоровья» (91%) и охотно посещали бы ее (61%).

2.2. Рекомендации по профилактике хронического пиелонефрита

Рекомендации пациентам с хроническим пиелонефритом:

1. Избегать переохлаждения и сквозняков.
2. Санировать очаги инфекции.
3. Постоянно наблюдаться у врача и выполнять все его рекомендации.
4. Долечивать циститы.
5. Проводить противорецидивное лечение.
6. Избегать острой пищи.
7. Предпочитать активный отдых пассивному.
8. Следить за весом.

Рекомендации средним медработникам:

1. Постоянно повышать свой профессиональный уровень.
2. Активно заниматься санпросвет работой.
3. Способствовать открытию «Школы здоровья».
4. Принимать в работе «Школы здоровья» активное участие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Хронический пиелонефрит — одно из самых распространенных заболеваний у человека. Существует мнение, что пиелонефрит занимает второе место после острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Первичные пиелонефриты, возникшие в здоровой почке, наблюдаются в основном у женщин, что обусловлено анатомическим предрасположением и частым очагом инфекции в придатках матки. Вторичный пиелонефрит может осложнить любое урологическое заболевание или аномалию развития почки. При мочекаменной болезни калькулезный пиелонефрит наблюдается у 95—98% больных. Нередко пиелонефрит осложняет такое частое заболевание у мужчин, как аденома предстательной железы. Проблема пиелонефрита актуальна и в связи с бессимптомностью течения этого заболевания.

По данным ВОЗ, в структуре нефрологических заболеваний хронический пиелонефрит встречается у каждого второго. По данным патоморфологов, хронический пиелонефрит обнаруживается при вскрытии у каждого десятого трупа» [3, с. 550].

Среди заболевших женщины преобладают над мужчинами (6 к 1). Хронический пиелонефрит развивается в определённые периоды жизни женщины — дефлорация, беременность, менопауза. Удельный вес мужчин увеличивается среди пожилых больных хроническим пиелонефритом за счёт осложнённых форм.

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. Определены причины возникновения хронического пиелонефрита.
2. Изучены факторы, провоцирующие развитие пиелонефрита.
3. Изучены основные методы лечения хронического пиелонефрита.
4. Разработать рекомендации по профилактике хронического пиелонефрита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дашанимаева И.М., Хроническая болезнь почек – не приговор [Текст] / И. М. Дашанимаева, А. П. Голубева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2017. - № 1-2. - С. 41-45.
2. Зайцев А.В., Хронический пиелонефрит [Текст] / А. В. Зайцев, Г. Р. Касян, Р. Р. Харчилава // Урология. - 2017. - № 1, Прил. 1. - С. 27-33.
3. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Текст] / Ж. Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 888 с.
4. Мухин Н.А., Диагностика и лечение болезней почек [Текст] : руководство / Н. А. Мухин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с.
5. Петрушкина Н.П., Фитотерапия и фитопрофилактика внутренних болезней [Текст] : учеб. пособие для самостоятельной работы / Н.П. Петрушкина; УралГУФК. - Челябинск: УралГУФК, 2017. - 148 с.
6. Пирогов К.Т., Внутренние болезни [Текст] / К.Т. Пирогов. - М. : ЭКСМО, 2015. – 245 с.
7. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 473 с.
8. Рябов С.И., Болезни почек [Текст] : руководство для врачей / С.И. Рябов. - Л. : Медицина, 2016. - 431с.
9. Сиротко В.Л., Все о внутренних болезнях [Текст]: учеб. – метод. пособие для аспирантов / В.Л. Сиротко. - М. : АРКТИ, 2017. - 156с.
10. Федюкович Н.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 505 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-30122-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222301227.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для пациентов с хроническим пиелонефритом

1. Пол М Ж
2. Возраст до 50 лет 55-60лет 60- 65 лет старше 60 лет
3. Вы проживаете В городе За городом
4. Вы проживаете В квартире Своем доме Снимаете квартиру?
5. Семейное положение В браке В разводе Вдовы Одиноки?
6. Какое Вы имеете образование? Среднее Среднеспециальное Высшее
7. Ваше социальное положение? Работаю Пенсионер На инвалидности
8. Вы сами себя полностью обслуживаете? Да Нет
9. Знаете какое у Вас заболевание? Да Нет
10. Знаете Вы что такое «Хронический пиелонефрит»? Да Нет
11. Из каких источников Вы узнали, что такое Хронические пиелонефрит? От медработника, от родственников, от знакомых, из СМИ
12. Необходимо ли Вам больше информации о таком заболевании, как хронический пиелонефрит, и методы его профилактики? Да, Нет)
13. Как часто вы обращаетесь за медицинской помощью по поводу хронического пиелонефрита? Реже 1 раза в год 1-2 раза в год Более 3 раз в год
14. Всегда Вы выполняете назначения врача? Да Нет При ухудшении
15. Ваша работа связана с переохлаждением? Да Нет
16. Ваша работа связана со сквозняками? Да Нет
17. Ваша работа связана с повышенной влажностью, сыростью? Да Нет
18. Выша работа связана с длительным сидением? Да Нет
19. Вы часто переохлаждаетесь по дороге на работу или с работы? Да Нет
20. У Вас есть какие-нибудь очаги инфекции? Да Нет
21. Вы болеете циститом?
22. Вам делали какие-нибудь урологические исследования (цистоскопию, катетеризацию мочевого пузыря)?
23. У Вас есть врожденные аномалии мочевыделительной системы?

24. У Вас есть опущение почки? Да Нет
25. У Вас бывают стрессовые ситуации в семье? Да Нет
26. У вас кто-нибудь в семье имел заболевание почек?
27. Вы курите? Да Нет Изредко?
28. Вы употребляете алкоголь? Да Нет Изредко
29. Вы имеете избыточную массу тела? Да Нет
30. Вы регулярно следите за весом? Да Нет
31. Вы делаете зарядку? Да Нет
32. Вы занимаетесь каким - то видом спорта? Да Нет
33. Вы предпочитаете активный отдых? Да Нет
34. Вы злоупотребляете соленой пищей? Да Нет
35. Вы спите хорошо? Да Нет Иногда
36. Сколько часов длиться Ваш сон? 6 час и менее, 8 час, 9 час и более
37. Вы состоите на диспансерном учете у врач? Да Нет
38. Вы его регулярно посещаете? Да Нет
39. Вы выполняете все его рекомендации? Да Нет
40. Как Вы считаете, что явилось причиной обострения Вашего заболевания?:
 - Социальное положение
 - Курение
 - Занятия физкультурой, спортом
 - Урологические заболевания
 - Длительность заболевания
 - Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание
 - Частота обострений хронического пиелонефрита
 - Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети
41. Вы хотели бы больше знать о Вашем заболевании? Да Нет
42. Вы хотели бы, чтобы при отделении была «Школа здоровья»? Да Нет
43. Вы посещали бы ее? Да Нет