

Бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Чебоксарский
медицинский колледж» Министерства Здравоохранения Чувашской
Республики

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.
КЛИНИКА. ЛЕЧЕНИЕ. УЧАСТИЕ
МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ
ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Актуальность проблемы

Связана с прогрессирующим ухудшением качества жизни пациентов и высокой частотой серьезных осложнений (развития хронической болезни почек - «сморщенные почки»), ведущей к применению дорогостоящих методов заместительной терапии – гемодиализа и пересадки почки; кроме того, большие экономические затраты государства на лечение каждого обострения заболевания и реабилитации пациентов. Пациенты испытывают психосоциальную и физическую дисгармонию вследствие необходимости индивидуально подобранной диеты и ограничения в выборе мест отдыха.

Цель исследования: проанализировать возможное участие среднего медицинского персонала в проведении профилактики данного заболевания.

Задачи исследования:

1. Изучить этиопатогенез и предрасполагающие факторы развития хронического пиелонефрита;
2. Проанализировав литературу, определить клиническую картину и особенности диагностики хронического пиелонефрита;
3. Рассмотреть принципы лечения и профилактики данного заболевания;
4. Изучить особенности сестринского процесса в уходе за больными и в участии профилактики хронического пиелонефрита;
5. Посредством анкетирования больных в стадии обострения хронического пиелонефрита БУ «БСМП» МЗ ЧР терапевтического отделения выявить уровень их познаний в профилактике обострений и развития осложнений.

Объект исследования: реализация профилактики развития или обострения хронического пиелонефрита;

Предмет исследования: участие среднего медицинского персонала в проведении профилактики хронического пиелонефрита.

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме; субъективный метод клинического обследования пациента - наблюдение; объективный метод обследования - анализ анамнестических сведений.

Практическая значимость исследования: подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество оказания сестринской помощи.

Пиелонефрит - неспецифическое инфекционное воспалительное заболевание почек, поражающее почечную паренхиму (преимущественно интерстициальную ткань), лоханки и чашечки.

Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаков заболевания более 6 месяцев и/или при наличии 1 – 2 и более рецидивов в течение 6 месяцев наблюдения от дебюта, или 2 – 3 и более рецидивов за 12 месяцев.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. По локализации: одно - / двусторонний;
2. По условиям возникновения: первичный / вторичный;
3. В зависимости от пути проникновения:
 - гематогенный,
 - лимфогенный,
 - восходящий (уриногенный);
4. По проходимости: обструктивный / необструктивный;
5. По характеру течения: острый / хронический пиелонефрит (или тубулоинтерстициальный нефрит);
6. Активность: -активная фаза острого пиелонефрита / обострение хронического пиелонефрита,
 - частичная клинико – лабораторная ремиссия,
 - полная ремиссия;
7. Течение: латентное / рецидивирующее;
8. В зависимости от исхода: выздоровление (полная ремиссия) / хроническая почечная болезнь.

Классификация хронического пиелонефрита:

- ▶ Первичный, развивающийся в интактной почке (без аномалий развития, диагностированных нарушений уродинамики),
- ▶ Вторичный, возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи:
 - аномалии развития почки, мочевыводящих путей,
 - мочекаменная болезнь,
 - стриктура мочеточника различной этиологии,
 - болезнь Армандо (ретроперитонеальный склероз),
 - пузырно - мочеточниковый рефлюкс,
 - аденома и склероз простаты,
 - склероз шейки мочевого пузыря,
 - нейрогенный мочевой пузырь (особенно гипотонического типа),
 - кисты и опухоль почки, новообразования мочевыводящих путей, злокачественные опухоли половых органов

«ГОСПОДСТВУЮЩАЯ ФЛОРА»

Возбудитель	Частота встречаемости, %
E. coli	75%
Proteus	8%
Klebsiella	6%
enterococci	3%
staphylococci	3%
Микробные ассоциации (миксты)	22%
Другие	5%

ПАТОГЕНЕЗ:

- Уриногенный
- Гематогенный
- Лимфогенный

- ▶ В период новорожденности преобладает гематогенный путь инфицирования. В последующем на первое место выходит уриногенный (восходящий) путь, особенно у девочек.
- ▶ Важную роль в уриногенном пути инфицирования имеет феномен бактериальной адгезии, т. е. способности определенных микроорганизмов фиксироваться (прилипнуть) к рецепторам эпителия слизистой оболочки мочевых путей с помощью специальных органелл-фимбрий (пили) и продвигаться по ней против естественного потока мочи, выделяя эндотоксин, противодействуя опсонизации и фагоцитозу.
- ▶ Наиболее понятен восходящий (уриногенный) путь инфицирования при наличии у детей пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), который среди причин развития вторичного пиелонефрита составляет 40 - 60 %. В процессе мочеиспускания повышается внутрипузырное давление, которое посредством рефлюкса передается на лоханку и ее чашечки.
- ▶ В настоящее время все более рассматривается как основной механизм – лимфогенный путь, это связано с тем, что по соседству с почками находится кишечник с огромным количеством пейеровых бляшек и источником E. Coli.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

При объективном обследовании из клинических синдромов выделяют:

1. Интоксикационный синдром – повышение температуры тела до субфебрильных - фебрильных цифр, слабость, быстрая утомляемость, может быть спутанность сознания, головная боль, отсутствие аппетита, артериальная гипотония.

2. Болевой абдоминальный синдром, проявляющийся мышечным дефансом (напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции почек).

3. Дизурический синдром – наиболее часты поллакиурия (частое мочеиспускание) и никтурии (частые ночные мочеиспускания).

4. Положительный симптом Пастернацкого – резкая болезненность при поколачивании мышц поясницы.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- ▶ Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ.
- ▶ Биохимический анализ крови – С-реактивный белок.
- ▶ Общий анализ мочи – щелочная реакция мочи (рН 6,2-6,9) вследствие выделения продуктов жизнедеятельности бактерий и нарушения способности канальцев к экскреции водородных ионов, лейкоцитурия, мутная моча с хлопьями и осадком, возможна незначительная протеинурия, бактериурия.
- ▶ Анализ мочи по Нечипоренко – лейкоциты в большом количестве (у девочек больше 2000 в п/зр, у мальчиков больше 1000 в п/зр).
- ▶ Проба Зимницкого – преобладание ночного диуреза над дневным, снижение концентрационной функции почек.
- ▶ Бактериологическое исследование мочи – более 10^5 микроорганизмов в 1 мл мочи, собранной с соблюдением правил асептики в середине акта мочеиспускания.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- ▶ Рентгенография:
 1. Экскреторная урография ;
 2. Ретроградная пиелография;
 3. Почечная ангиография.
 - ▶ УЗИ;
 - ▶ КТ и МРТ;
 - ▶ Биопсия почки;
- ▶ Микробиологическое исследование мочи;

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ:

- ▶ Немедикаментозное лечение.
- ▶ Медикаментозное лечение:

1 этап - подавление активного микробно-воспалительного процесса с использованием этиологического подхода:

а) элиминацию возбудителя до получения результатов посева мочи (стартовая (эмпирическая) антибактериальная терапия, диуретическая терапия (при необструктивном варианте), инфузионно-корректирующая терапия при выраженном синдроме эндогенной интоксикации и гемодинамических расстройствах).

в) коррекция антибактериальной терапии с учетом результатов посева мочи и определения чувствительности микроорганизма к антибиотикам.

2 этап - предусматривает противорецидивное лечение.

Антибиотики	Ежедневная доза	Продолжительность терапии, дней
Ципрофлоксацин ¹	500–750 мг 2 раза в день	7–10
Левифлоксацин ¹	250–500 мг 1 раз в день	7–10
Левифлоксацин	750 мг 1 раз в день	5
Альтернативные препараты (эквивалентны фторхинолонам клинически, но не микробиологически)		
Цефиксим	400 мг 1 раз в день	10
Цефтибутен	400 мг 1 раз в день	10
Только при известной чувствительности микроорганизма (не для начальной эмпирической терапии)		
Ко-амоксиклав ²⁻³	0,5/0,125 г 3 раза в день	14 (только при доказанной чувствительности, не для стартовой эмпирической терапии)

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ И В УЧАСТИИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Сестринский уход – это системный подход к здоровью пациента, нацеленный на укрепление, сохранение здоровья и предотвращение заболеваний, планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации с учетом всех составляющих здоровья для обеспечения максимальной физической, психической и социальной независимости человека. Постоянное присутствие медицинской сестры и её контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

ПОСРЕДСТВОМ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БУ «БСМП» ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЗ ЧР ВЫЯВЛЕН УРОВЕНЬ ИХ ПОЗНАНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Соотношение больных по возрасту и полу

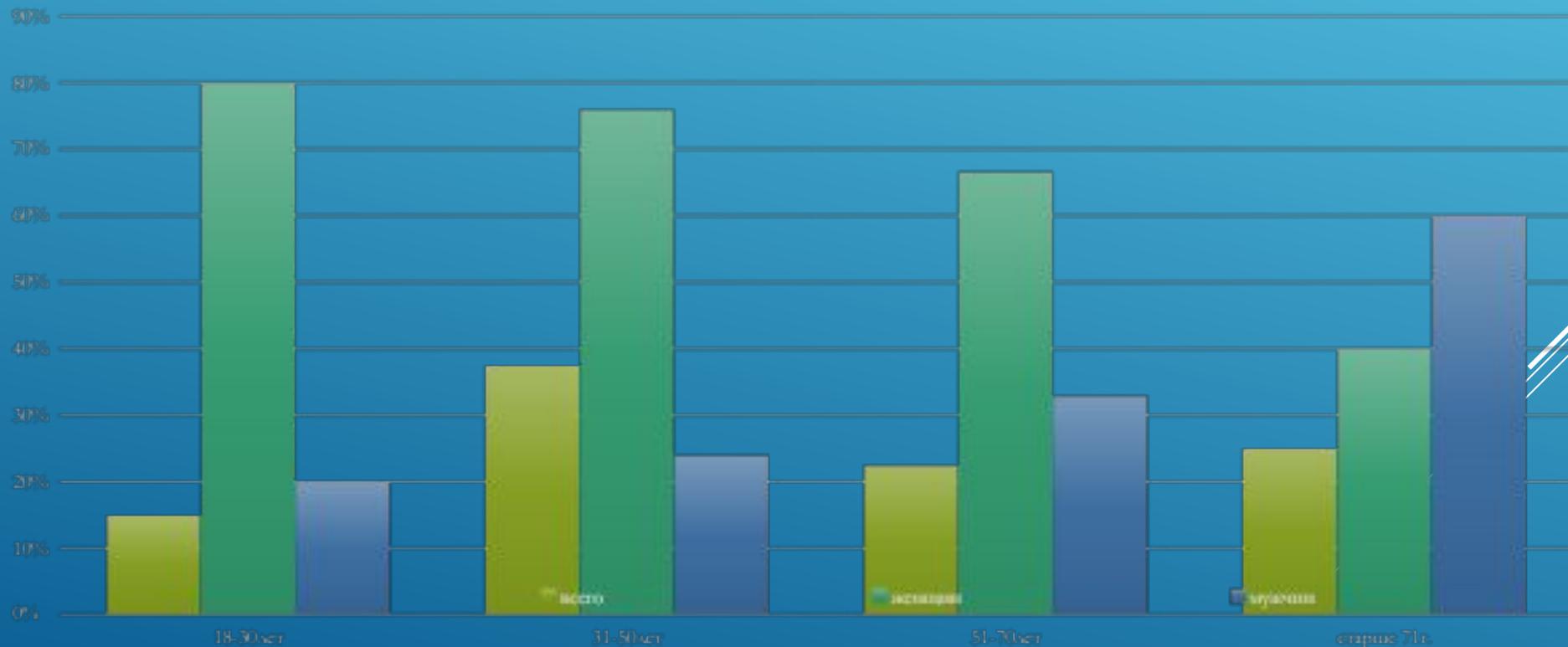


Рис. 2 Информированность о правилах соблюдения личной гигиены

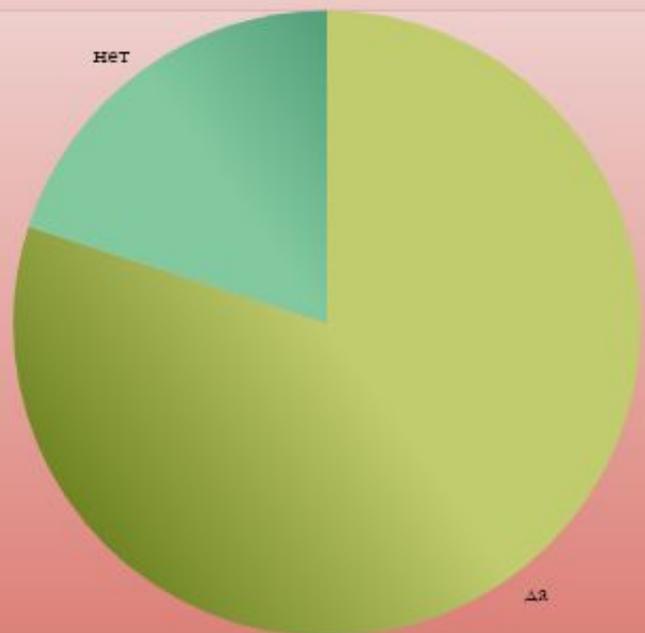


рис. 4 Консультации по назначенной диете

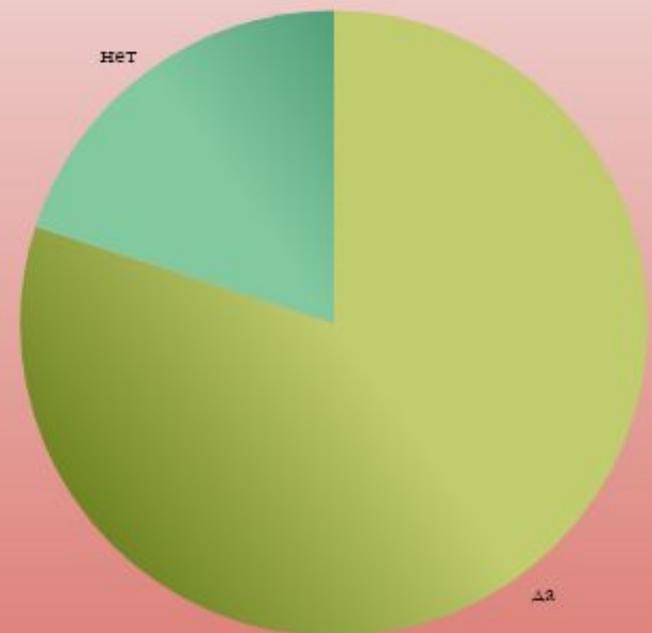


рис. 3 Частота употребления алкогольных напитков?

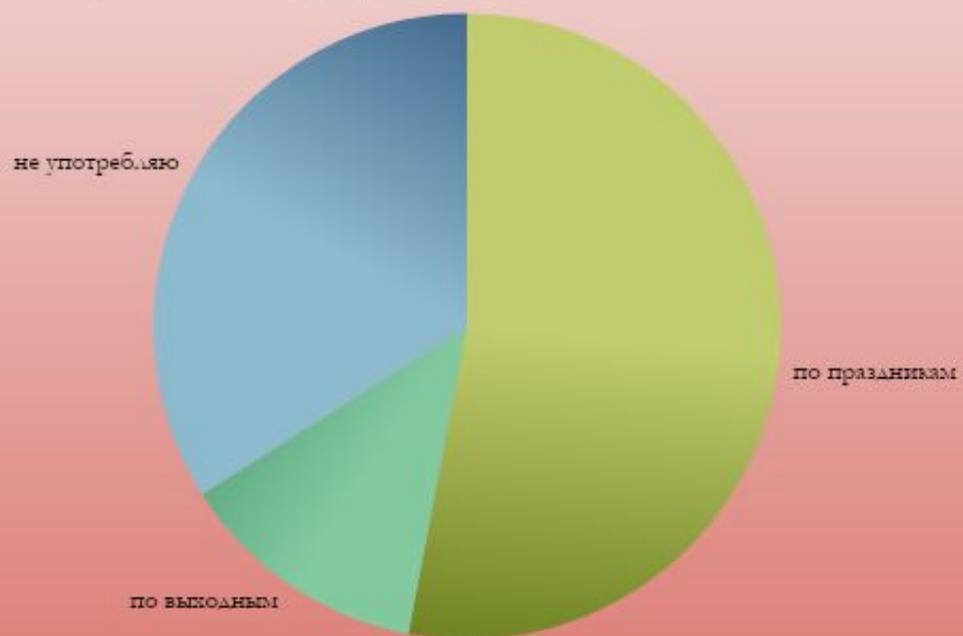


рис.5 Объем употребляемой жидкости в сутки

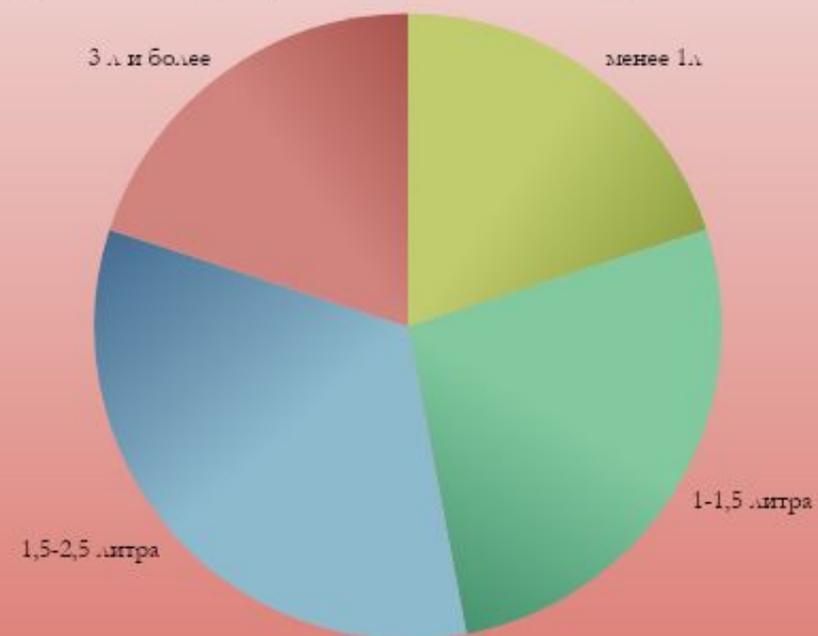


рис. 6 Наличие других хронических воспалительных заболеваний.

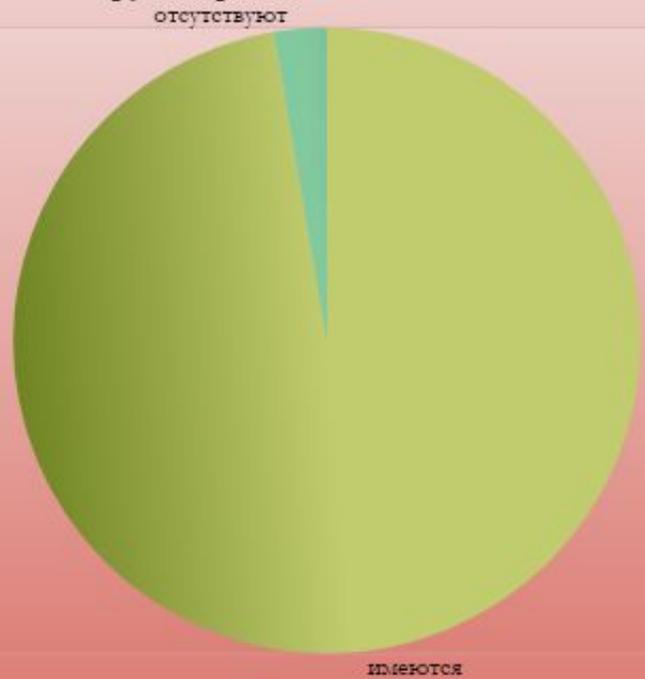


рис.8 Как часто вы посещаете участкового терапевта

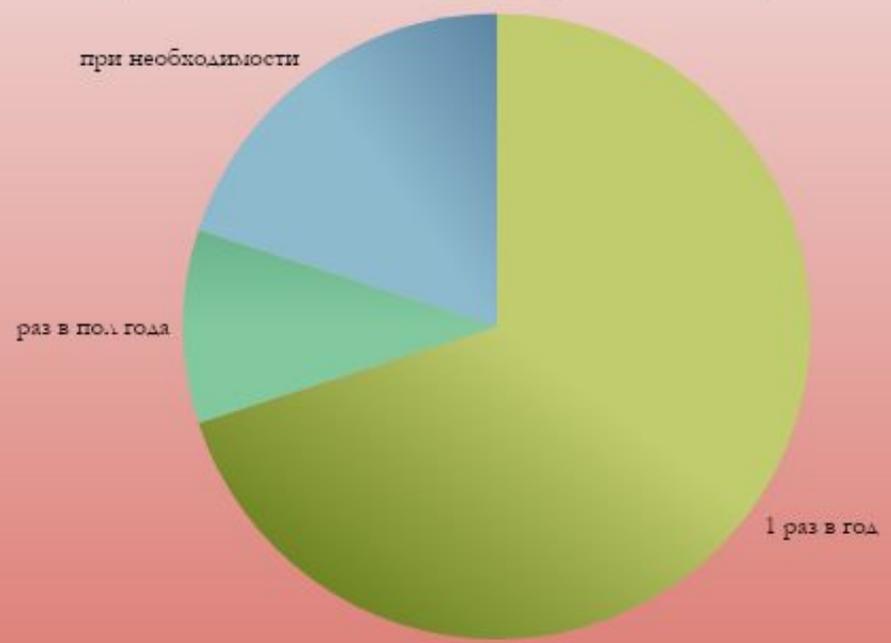


рис. 7 Одеваетесь ли вы по погоде?

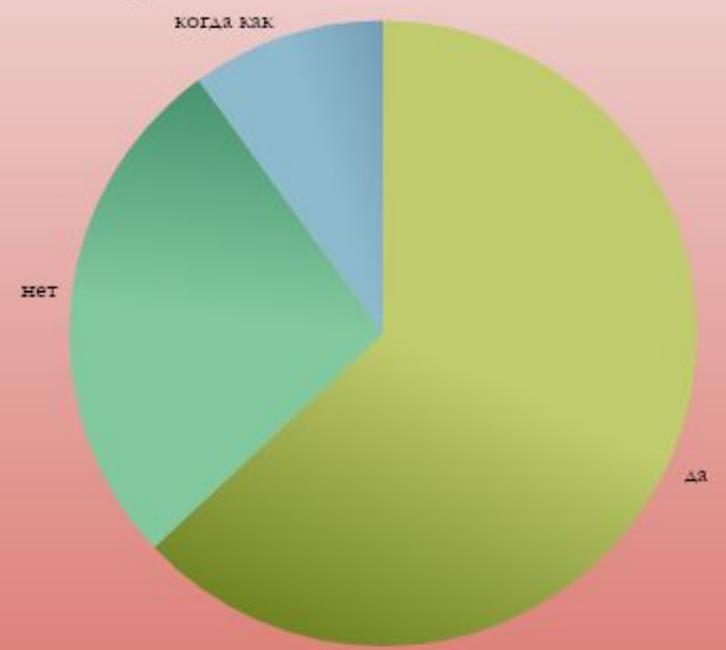


рис. 9 Выполняете ли вы все рекомендации врача?

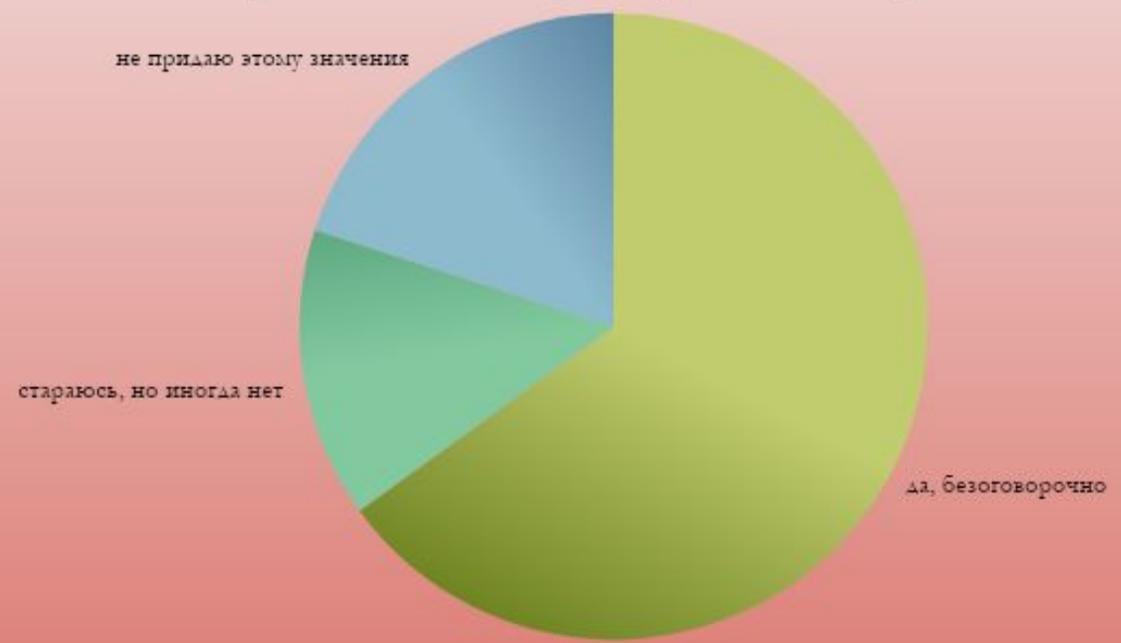


рис. 10 причина обращения за медицинской помощью

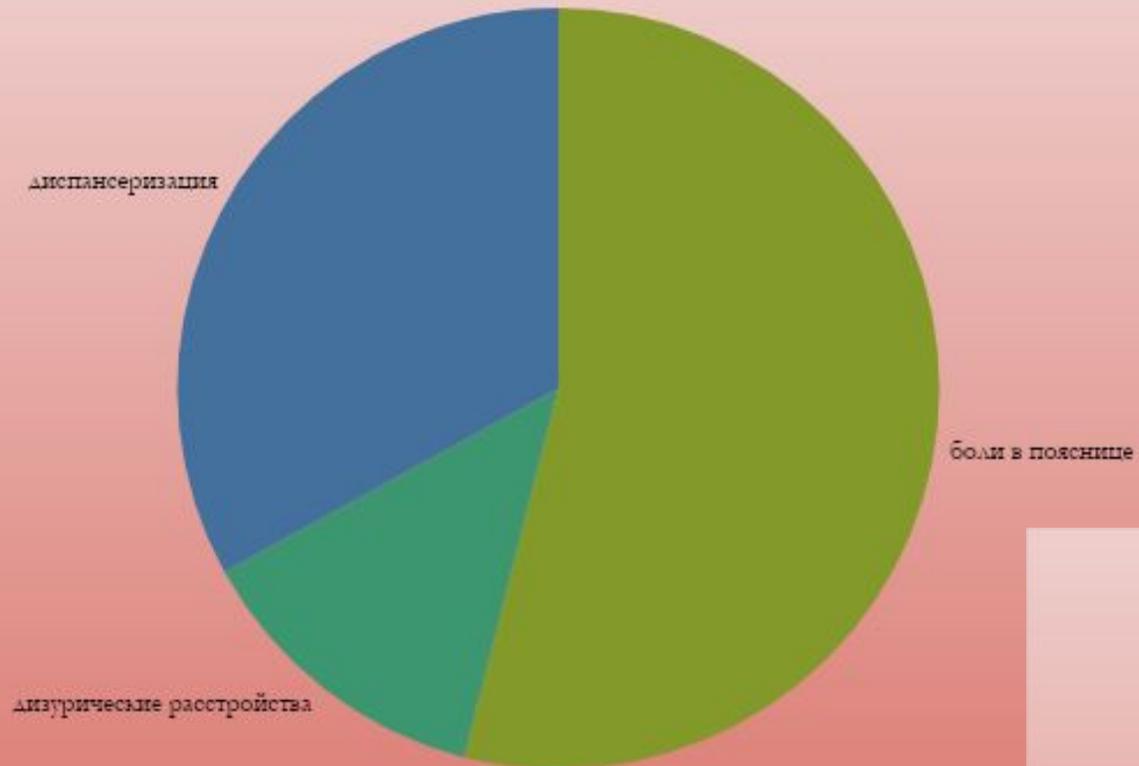
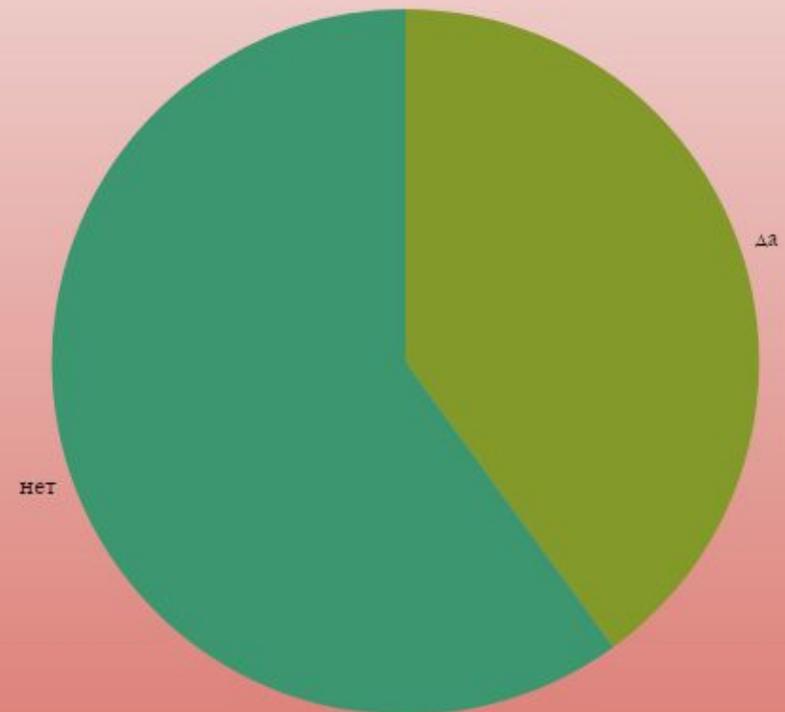


рис. 11 занимаетесь ли вы закаливанием, моржеванием?



ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

В заключение можно сделать вывод, проанализировав статистические данные, выявлено, среди бактериальных инфекций инфекция мочевых путей занимает второе место по частоте после инфекции верхних дыхательных путей. Распространенность инфекции мочевой системы составляет 10-18 случаев на 1000 детского населения: в периоде новорожденности - 1,4-2,4 %, у детей дошкольного возраста - 0,5 %, в препубертатном периоде - 0,1 %. В структуре заболеваний органов мочевой системы пиелонефрит занимает первое место, составляя 60-65 % нефрологической патологии, а у всех пациентов с заболеванием почек и верхних мочевых путей острый пиелонефрит наблюдается в 14%, а хронический пиелонефрит - в 36% случаев. Выявлено что, в основном женщины доминируют среди больных пиелонефритом.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!

