

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/231715>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина (другое)

Оглавление

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты пиелонефрита 6

1.1. Пиелонефрит, этиология, классификация 6

1.2. Основные симптомы 12

1.3. Организация диагностики пиелонефрита 16

1.4. Методы лечения пиелонефрита 19

Глава 2. Анализ сестринской деятельности в лечебно-диагностическом процессе при хроническом пиелонефрите 29

2.1. Особенности сестринской деятельности 29

2.2. Сестринская помощь при пиелонефрите 35

2.3. Статистические данные 39

2.4. Анкетирование респондентов 41

2.5. Школа «здоровая почка» как основа реализации образовательной стратегии у больных нефрологического профиля 46

Заключение 50

Список литературы 51

Введение

Пиелонефрит - это хроническое инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением канальцев, чашечек, лоханок и интерстициальной ткани почек. Одно из самых распространенных заболеваний. В виду структурных особенностей женского организма пиелонефрит в 6 раз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. 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, особенно у детей. Об этом свидетельствует большое различие в частоте секционного обнаружения пиелонефрита и его прижизненных проявлений.

В настоящее время важно не только поставить диагноз пиелонефрита, но и провести этиологическую и патогенетическую диагностику. Этиологическим фактором пиелонефрита является инфекция - патогенные бактерии, вирусы, микоплазмы, реже микроскопические грибы. Под воздействием окружающей среды, а также антиинфекционных и противовоспалительных препаратов этиологический фактор подвергся изменениям. Резистентность бактерий к антибактериальным препаратам стала одной из основных особенностей так называемой антибактериальной эры.

Актуальность исследования пиелонефрита является распространенной патологией среди всего населения, имеет высокий удельный вес среди всех заболеваний и занимает второе место после заболеваний органов дыхания. Распространенность - 18 - 22 больных на 1000 детского населения. Хронический пиелонефрит согласно последним данным оценивается как самое частое заболевание почек во всех возрастных группах. Число заболевших за последние годы составляет от 8 до 20% на 1000 человек. Сохраняется преобладание женщин над мужчинами. (7:1) Поэтому главной задачей медицинского работника, имеющего дело с

пиелонефритом, является своевременная диагностика и лечение основного заболевания, которое осложнилось пиелонефритом. Лечение и профилактика самого осложнения (пиелонефрита) без диагностики и лечения основного заболевания абсолютно бесперспективно.

Таким образом, в связи со значительной распространенностью пиелонефрита, не-редко с хроническим упорным течением, частыми рецидивами, множественными побочными реакциями на антибактериальные препараты, развитием резистентности микроорганизмов к антибиотикам, инвалидизацией в молодом возрасте в результате хронической почечной недостаточности, изучение роли некоторых иммунных механизмов патогенеза хронического пиелонефрита, проблема поиска новых патогенетически обоснованных и эффективных безопасных средств и схем лечения и профилактики рецидивов пиелонефрита приобретают особую актуальность.

Только своевременное этиотропное лечение, проведение противорецидивных курсов, диспансерное наблюдение больных с хроническим пиелонефритом уменьшает риск возникновения хронической почечной недостаточности, снижает вероятность появления других осложнений пиелонефрита и улучшает прогноз в отношении данной группы больных.

В настоящее время в связи с широким внедрением диспансеризации как одного из методов раннего выявления больных различными заболеваниями, в том числе и пиелонефритом возможно позволит выявлять данную патологию на первоначальном этапе, применять своевременное лечение, и больных с тяжелыми формами заболевания станет меньше.

Таким образом, тема данной курсовой работы является актуальной.

Предметом изучения является медицина.

Объектом изучения является заболевание пиелонефрит.

Цель работы состоит в анализе деятельности медицинской сестры в выявлении и профилактике осложнений пиелонефрита.

В данной работе необходимо решить ряд задач:

- изучить пиелонефрит, этиологию, классификацию;
- рассмотреть основные симптомы пиелонефрита;
- исследовать организацию диагностики пиелонефрита;
- выявить методы лечения пиелонефрита;
- изучить особенности сестринской деятельности;
- систематизировать статистические данные пациентов с пиелонефритом;
- провести анкетирование респондентов-пациентов.

Гипотеза: Мы предполагаем, что при правильно подобранном лечении пиелонефрита процесс хронизации данного заболевания будет снижаться.

В данной работе были использованы следующие методы исследования: анализ литературы, синтез, обобщение.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы.

Глава 1. Теоретические аспекты пиелонефрита

1.1. Пиелонефрит, этиология, классификация

По статистике, пиелонефритом ежегодно заболевают 0,9-1,3 млн жителей России. В структуре инфекционных заболеваний мочевыделительной системы пиелонефрит прочно занимает первое место с долей 14%.

Из-за особенностей строения мочеполовой системы женщины подвергаются заболеванию в 6 раз чаще, чем мужчины. Неутешительная динамика заболеваемости пиелонефритом во время беременности: за последние 20 лет она возросла в 5 раз.

У мужчин пиелонефрит чаще возникает после 40-50 лет и, как правило, у тех, кто страдает простатитом, аденомой или раком простаты.

Хроническая форма заболевания развивается у 32-58% больных. При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических патологий видно, что хронический пиелонефрит занимает второе место (21-23 %), уступая лишь онкологии.

Патология опасна возможными осложнениями: в 42% случаев нарушается функциональная способность почек, в 10% - развивается сепсис. Важно заметить, что гнойная форма развивается у каждого третьего больного. Острый гнойный пиелонефрит, осложнившийся сепсисом, в 42-80% случаев приводит к летальному исходу. На прогноз оказывает влияние вид возбудителя, клиническая форма и

сопротивляемость инфекциям организма.

Пиелонефрит - это воспалительный процесс в хронической или острой форме течения. В него вовлечены не только лоханка и чашечки почки, но и почечная паренхима с преимущественным поражением интерстициальной ее ткани. Именно в этом заключается основное отличие клиники пиелонефрита от прочих воспалительных процессов в тканях органов мочевыделительной системы. Это заболевание поддается терапии довольно тяжело и чаще всего приобретает вид хронического течения на всю оставшуюся жизнь.

Причины возникновения

К основным обстоятельствам, провоцирующим возникновение пиелонефрита, относят попадание инфекции и неспособность организма бороться с инфекцией.

Инфицирование может произойти двумя путями:

- восходящим (95%) – патогенная микрофлора попадает с обратным током мочи из мочевого пузыря в почечную лоханку;
- нисходящим (5%) – из очага инфекции с кровью или лимфой. [6]

Возбудителями пиелонефрита может быть условно-патогенная микрофлора в организме или инфекции из внешней среды. Условно-патогенная микрофлора не вызывает развитие заболевания, пока общий и местный иммунитет достаточно стойкий. При его снижении начинается активное размножение бактерий, что и вызывает пиелонефрит.

Заболевание обычно провоцируют грамотрицательные или грамположительные бактерии: кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, синегнойная палочка, протей. Также это могут быть туберкулезная палочка, дрожжевые грибки, другие грибки и вирусы. Из внешней среды возбудитель может проникнуть различными способами: воздушно-капельным, фекально-оральным, контактно-бытовым, половым.

Факторами риска, которые ослабляют защитные функции организма и благоприятствуют возникновению пиелонефрита, являются:

- ослабленный иммунитет;
- нарушение оттока мочи;
- несоблюдение правил личной гигиены;
- сахарный диабет;
- гормональный сбой;
- нарушение обмена веществ (оксалатно-кальциевая, уратная, фосфатная кристаллурия);
- рефлюксы на различных уровнях (пузырно-мочеточниковый, мочеточниково-во-лоханочный);
- различные хронические заболевания (тонзиллит, эндометрит, аднексит и т.д.);
- возрастные изменения, беременность, быстрое снижение массы тела, дефицит жидкости в организме;
- активная половая жизнь, частая смена половых партнеров;
- инструментальные исследования мочевых путей или манипуляции с ними (катетеризация, хирургические вмешательства и т.д.);
- влияние радиации, токсических, химических, физических (охлаждение, травма) факторов;
- прием нефротоксических лекарственных препаратов (сульфаниламиды, цитостатики и т.д.);
- заболевания ЦНС, приводящие к дизурическим расстройствам из-за нарушения нервной регуляции (новообразования спинного или головного мозга, остеохондроз, травмы позвоночника, нарушенное мозговое кровообращение и т.д.);
- недержание кала или мочи;
- нарушения уродинамики верхних мочевых путей;
- аномалии развития и заболевания органов мочевыделительной системы (опущение почки, мочекаменная болезнь, удвоение либо дистопия почки, олигоанурия, поликистоз почек и т.д.);
- выпадение матки. [13]

Ввиду анатомических особенностей строения половых органов женщины более подвержены развитию пиелонефрита: широкая и короткая уретра, близкое расположение ануса, влагалища и уретры – идеальные условия для легкого попадания инфекции в мочевой пузырь.

У мужчин заболевание развивается чаще всего после 40-50 лет как осложнение различных патологий (рак и аденома предстательной железы, простатит и т.д.), нарушающих отток мочи. Нередки случаи пиелонефрита и у детей дошкольного возраста: это связано с незавершенным формированием мочевыделительной системы.

Патогенез

Долгое время было неизвестно, почему у одних пациентов острый пиелонефрит проходит бесследно, а у

других сопровождается постоянными обострениями. Ведущую роль имела гипотеза, согласно которой главным фактором развития хронического пиело-нефрита было снижение иммунитета. Низкая реактивность организма не позволяет эффективно бороться с инфекцией.

В настоящее время считается, что патологический ток мочи (везикоуретеральный рефлюкс) играет главную роль в развитии заболевания. Мочевой пузырь и его гиперреактивность (дисфункция), хронические очаги инфекции (хронический простатит, хронический цистит, уретриты), врожденные аномалии развития мочевыводящих путей создают дополнительные условия для заброса инфекции восходящим путём по мочеточникам в почку. В норме везикоуретеральный клапан препятствует этому, предотвращая попадание мочи из мочевого пузыря в верхние отделы выделительной системы.

Однако у некоторых людей имеется врожденная недостаточность клапанного аппарата. В результате резко возрастает риск восходящей инфекции почки, что и ведёт к частым обострениям хронического пиелонефрита. Возможно двустороннее или одностороннее поражение.

При попадании инфицированной мочи в почку возникает воспаление. При этом поражённая часть почечной ткани отмирает, в ней происходят процессы гибели нефронов, являющихся структурно-функциональными единицами органа. Воспаление разрешается замещением некротизированных участков соединительной тканью. С каждой повторной атакой количество утраченных нефронов возрастает, как и выраженность фибросклеротических изменений. Со временем от этого начинает страдать функция почки, так как оставшейся части нефронов не хватает для эффективного удаления токсинов и продуктов обмена. Склеротические процессы нарушают микроциркуляцию, кровообращение в почечной ткани. В ответ на гипоперфузию активируется ренин-ангиотензиновая система, что приводит к почечной гипертензии. При фибросклеротических процессах в почечных тканях страдает синтез эритропоэтина (одних из гормонов почки), стимулирующих кроветворение. По этой причине уже глубоко развившийся пиелонефрит часто сопровождается анемией.

Исходом указанных выше процессов является хроническая почечная недостаточность, всегда заканчивающаяся летальным исходом без лечения с помощью диализа или пересадки почки. [2]

Классификация болезни

В зависимости от характера развития выделяют виды пиелонефрита:

- первичный – развивается в здоровой почке без нарушения оттока мочи;
- вторичный – развивается на фоне патологии почек, врожденных аномалий или нарушения оттока мочи: сужения мочеточника, аденомы простаты, мочекаменной болезни, атонии мочевыводящих путей и т.д.

В зависимости от локализации воспалительного процесса пиелонефрит бывает:

- односторонний – поражение одной почки. Эта более распространенная форма;
- двусторонний – воспаление двух почек. Клиническая картина более тяжелая, прогноз менее благоприятный.

По течению выделяют латентный пиелонефрит (протекающий бессимптомно – 60% случаев), рецидивирующий и прогрессирующий (симптомы нарастают от рецидива к рецидиву).

Отдельно выделяют вид заболевания – гестационный. Он включает:

- пиелонефрит при беременности;
- пиелонефрит рожениц – возникает в процессе родов;
- послеродовой пиелонефрит – проявляется на 4-10 день после родов.

Во время беременности это одна из самых частых экстрагенитальных патологий. Она развивается в 6-12% случаев. Чаще всего характерная симптоматика проявляется во втором триместре. Во время беременности важно начинать его немедленное лечение, поскольку может пострадать здоровье и развитие плода.

Возможны серьезные осложнения:

- анемия (23% случаев);
- сепсис (17%);
- почечная недостаточность (2%);
- преждевременные роды (редко).

По течению различают два типа течения болезни:

- острый;
- хронический. [1]

Клиника острого и хронического пиелонефрита отличаются друг от друга, в первую очередь, интенсивностью воспалительного процесса. Эти две формы болезни сможет различить даже несведущий в медицине человек, настолько они различны. Медикаментозная терапия в обоих случаях также будет существенно различаться.

Клиника острого пиелонефрита различает первичный и вторичный тип болезни. Первичный - если не предшествуют заболевания почек и мочевых путей, а вторичный - если воспаление развивается и сохраняется на фоне урологического заболевания, приводящего к нарушению оттока мочи или к расстройству курсирования лимфы и крови в лоханке и чашечке почки, а также в почечной паренхиме. Острый пиелонефрит встречается в любом возрасте (10—15% от всех заболеваний мочевыделительной системы). Статистические данные подтверждают, что чаще всего характерна клиника острого пиелонефрита у детей и женщин до двадцати лет. Мужчины страдают от подобной патологии в разы реже, потому что у них мочевыделительная система устроена немного иначе.

Вызывать острую форму заболевания могут как экзогенные, так и эндогенные факторы, а именно:

- микробная инвазия, вызванная воспалительными процессами в мочеполовых органах – циститом, аднекситом, простатитом и т.д.;
- нарушения образования и вывода мочи из организма вследствие сужения мочеточника и формирования в нем камней, воспаления уретры, а также простаты – у мужчин, опухолей органов мочеполовой системы;
- форникальный рефлюкс – попадание в почечную ткань содержимого лоханки;
- инфицирование почек, вызванное воспалительными процессами в органах, не входящих в мочевыделительную систему, вследствие ангины, бронхита, кариеса, синуситов, холецистита, фурункулеза и т.п.;
- частые ОРВИ;

Список литературы

1. Jesse, Russell Пиелонефрит / Jesse Russell. - М.: VSD, 2017. - 168 с.
2. Батюшин, М. М. Клиническая нефрология / М.М. Батюшин, П.Е. Повилайтите. - М.: Джангар, Элиста, 2009. - 682 с.
3. Батюшин, М.М. Клиническая нефрология. Руководство / М.М. Батюшин. - М.: Джангар, 2009. - 378 с.
4. Ветров, В. В. Эфферентная терапия при хроническом пиелонефрите у беременных и родильниц / В.В. Ветров, З.М. Ахмеджанова. - М.: Аревик, 2014. - 165 с.
5. Довлатян, А. А. Острый пиелонефрит беременных / А.А. Довлатян. - М.: Медицина, 2017. - 216 с.
6. Езерский, Р. Ф. Пиелонефрит у детей / Р.Ф. Езерский. - М.: Медицина, 2015. - 216 с.
7. Игнатова, М. С. Детская нефрология / М.С. Игнатова, Ю.Е. Вельтищев. - М.: Медицина, 2011. - 456 с.
8. Клиническая нефрология (комплект из 2 книг). - М.: Медицина, 2010. - 876 с. - 182 с.
9. Коровина, Н. А. Что нужно знать о пиелонефрите у детей / Н.А. Коровина, С.М. Мар-тынов. - М.: Медицина, 2017. - 895 с.
10. Лопаткин, Н. А. Пиелонефрит у детей: моногр. / Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, В.Е. Родоман. - М.: Медицина, 2016. - 256 с.
11. Пиелонефрит, гломерулонефрит. - М.: Слог, 2014. - 160 с.
12. Пытель, А. Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. - М.: Медицина, 2013. - 284 с.
13. Пытель, А. Я. Избранные главы нефрологии и урологии. Часть III / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. - М.: Медицина, 2013. - 304 с.
14. Румянцев, А. Ш. Хронический пиелонефрит / А.Ш. Румянцев. - М.: СпецЛит, 2014. - 192 с.
15. Фадеев, П. А. Болезни почек. Пиелонефрит. Доступно о здоровье / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2014. - 160 с.
16. Фадеев, П. А. Пиелонефрит / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2013. - 160 с.
17. Ярошевский, А. Я. Клиническая нефрология (Избранные главы) / А.Я. Ярошевский. - М.: Медицина, 2012. - 424 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/231715>