

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/kurosovaya-rabota/426538>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Акушерство

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1 Хронический пиелонефрит 6

1.1. Пиелонефрит и его классификация 6

1.1.1. Классификация пиелонефрита 6

1.1.2. Хронический пиелонефрит 7

1.1.3 Классификация хронического пиелонефрита 8

1.2. Симптоматика 9

1.3. Этиология 10

1.4. Патогенез 10

1.5. Профилактика 11

2 Акушерская деятельность в отношении беременных, рожениц и родильниц с хроническим пиелонефритом 13

2.1 Хронический пиелонефрит у беременных, рожениц и родильниц 13

2.2 Наблюдение за беременными, роженицами и родильницами с хроническим пиелонефритом 15

2.2.1 Наблюдение пациентов акушером во время беременности 16

2.2.2 Наблюдение пациентов акушером во время родовой деятельности 17

2.2.3 Наблюдение пациентов акушером в послеродовом периоде 18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 20

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ 22

1.2. Симптоматика

План исследования больных включает выяснение жалоб, сбор данных анамнеза жизни, заболевания, обследование больных, исследование крови, мочи, функциональное и инструментальное исследование почек.

При выяснении жалоб распространенными симптомами являются повышение (до 40°C) температуры тела, озноб, общее недомогание, жажда.

Также в качестве симптомов хронического пиелонефрита принимают односторонние или двусторонние боли в поясничной области, усиливающиеся при пальпации, положительный симптом Пастернацкого, напряжение на стороне поражённой почки — напряжение передней брюшной стенки, олигурия (за счёт значительных потерь жидкости через лёгкие и кожу, а также повышенного катаболизма), частые позывы к мочеиспусканию. Головная боль, тошнота, рвота являются показателями быстро нарастающей интоксикации. Артериальная гипертензия — частый симптом хронического пиелонефрита, особенно двустороннего[3].

1.3. Этиология

Наиболее частыми этиологическими агентами являются следующие бактерии: грамотрицательная флора *Escherichia coli* (39,8 %) , *Proteus mirabilis* (6,3%), *Klebsiella* - (3,2%), *Pseudomonas aeruginosa* (10,6%), *Enterococcus* - (21,1%), а также их ассоциации (11,4%). Не менее важным представляется значение эндотоксинов, представленных липополисахаридами и связанными с ними белками[5]. Эндотоксины отличает полифункциональность: от активации лейкоцитов и макрофагов, развития гиперлипидемии, активации системы комплемента, гибели клеток, диссеминированного внутрисосудистого свертывания

крови, эндотоксического шока до развития острой полиорганной недостаточности и др.

1.4. Патогенез

Возбудитель пиелонефрита проникает в почки урогенным, гематогенным (вторичным инфицированием почки из имеющегося очага инфекции) и лимфогенным (бывает крайне редко, например, при кишечной инфекции или ретроперитонеальном абсцессе) путями.

Развитие хронического пиелонефрита возникает благодаря следующим факторам[6]:

- обструкция мочевыводящих путей (в том числе и при катетеризации);
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (при сахарном диабете, повреждениях и заболеваниях спинного мозга). Задержка мочи при нейрогенной дисфункции требует повторной катетеризации мочевого пузыря, что сопровождается дополнительным риском его инфицирования.
- сексуальная активность. У молодых женщин проникновению бактерий в мочевой пузырь способствует массаж мочеиспускательного канала и сокращение мышц мочеполовой диафрагмы при половом акте.
- беременность. Пиелонефриты у беременных развиваются вследствие снижения тонуса и перистальтики мочеточников и функциональной недостаточности пузырно-мочеточниковых клапанов. Происходит изменение гемодинамики почки: снижается кортикальный почечный кровоток, развивается флестаз в медуллярной зоне. Также играет роль сдавление мочеточников увеличенной маткой, особенно при анатомически узком тазе, многоводии, крупном плоде.
- пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс. Часто наблюдают у детей с анатомическими дефектами мочевыводящих путей или при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей.

1.5. Профилактика

Для профилактики хронического пиелонефрита необходимо придерживаться следующих аспектов:

- 1) Укрепление иммунитета;
 - 2) Правильное питание;
 - 3) Своевременная борьба с бактериальными инфекциями;
 - 4) Ведение активного образа жизни;
 - 5) Пополнение витаминного баланса и недопущение авитаминоза;
 - 6) Своевременное лечение патологических процессов в предстательной железе, если они имеются.
- Приём клюквы эффективен для снижения количества инфекций нижних мочевых путей у женщин. В повседневной практике рекомендуется ежедневное употребление клюквы в количестве 36 мг/сут проантоцианидина А (в пересчёте на активное вещество) [7].

Из фито-препаратов эффективно применение препарата Канефрон Н. Это комбинированный препарат растительного происхождения, в состав которого входят трава золототысячника, корень любистока и листья розмарина. Препарат обладает мочегонным, противовоспалительным, спазмолитическим, антимикробным, сосудорасширяющим и нефропротекторным действиями. Известно, что противовоспалительный эффект Канефрона Н связан с наличием в его составе розмариновой кислоты, которая блокирует неспецифическую активацию комплемента. В результате снижается уровень провоспалительных цитокинов и скорейшее формирование иммунного ответа.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Архипов Е.В. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины / Е.В. Архипов, О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.115—120.
2. Брагина Т.В. Клинико-патогенетические аспекты течения беременности и состояния плода у пациенток с хроническим пиелонефритом / Брагина Т.В., Петров Ю.А. // Главный врач Юга России. – 2021. – №2 (77). – с.53-58.
3. Вафоева Н. А. Особенности клинико-лабораторной диагностики хронического пиелонефрита у женщин / Вафоева Н. А., Гаффаров Х.Х. // Национальная Ассоциация Ученых, 2016. — № . 1. — С. 20-21.
4. Горин В.С. Беременность и хронический пиелонефрит: клинические и иммунологические аспекты (обзор) / Горин В.С., Ким В.Л., Серебренникова Е.С. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – №16(5). –

с.19-28.

5. Завьялова С. А. Клинико-лабораторные особенности хронического пиелонефрита / Завьялова С. А., Ибрагимова Л. А., Мавзютов А. Р. // Медицинский вестник Башкортостана. — 2009. — №1. — С. 39-42.
6. Мухин Н.А. Диагностика и лечение болезней почек: руководство для врачей // М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. — 384 с.
7. Перепанова Т.С. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации / Т.С. Перепанова, Р.С. Козлов, В.А. Руднов, Л.А. Синякова // М.:ООО «Прима-принт». - 2013. - 64 с.
8. Рябов С.И. Нефрология: руководство для врачей / под ред. С. И. Рябова, И. А. Ракитянской. — СПб.: СпецЛит, 2013. — Т. 1. — 767 с.
9. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С. А. Руководство по практическому акушерству. М., 1997. 436 с.
10. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - с. 350-367.
11. Сидорова И.С. Прогнозирование и исходы беременности и родов у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / Сидорова И.С., Кирющенков А.П., Вартанова А.О. //Акушерство и гинекология. - 2010. №4. - с.37-40.
12. Шкодкин С.В. Гестационный пиелонефрит: с чего начать? // Вестник урологии, 2019. - №7(3). - с. 41-46.
13. Schaeffer A.J. Infection of urinary tract // Campbell's Urology, 1998. — Vol. 1. — P. 533—614.

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/kurovaya-rabota/426538>