

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра внутренних болезней №1

Реферат на тему:
«Пиелонефрит».

Выполнила: ординатор
2-го года Кафедры
Внутренних болезней
№1 Спиридонова
Екатерина Сергеевна

Проверила: к.м.н., доцент
Верещагина Т.Д

Красноярск, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

1 Понятие пиелонефрита 4

2 Лечение 6

3 Влияние физических упражнений на организм человека. Лечебная физкультура при пиелонефрите 10

Заключение 14

Библиографический список 15

ВВЕДЕНИЕ

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Существуют различия в заболеваемости пиелонефритом мужчин и женщин в разные возрастные периоды. В целом женщины преобладают среди больных пиелонефритом. В возрасте от 2 до 15 лет девочки болеют пиелонефритом в 6 раз чаще, чем мальчики, почти такое же соотношение отмечается между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. В пожилом возрасте пиелонефрит чаще возникает у мужчин. Эти различия связаны с нарушением уродинамики и инфицированием мочевыводящих путей в разные возрастные периоды у представителей разного пола.

Пиелонефрит может быть самостоятельным заболеванием, но чаще осложняет течение различных заболеваний (мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, заболевания женских половых органов, опухоли мочеполовой системы, сахарный диабет) или возникает как послеоперационное осложнение.

Неосложненные инфекции почек возникают при отсутствии структурных изменений у больных без серьезных сопутствующих заболеваний; они, как правило, наблюдаются в амбулаторной практике.

Осложненные инфекции возникают у больных с различными обструктивными уropатиями, на фоне катетеризации мочевого пузыря, а также у больных с сопутствующей патологией (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, иммуносупрессивная терапия и др.). У больных пожилого возраста закономерны осложненные инфекции.

Особое место занимает старческий пиелонефрит - основная проблема гериатрической нефрологической клиники. Его частота возрастает с каждым десятилетием жизни пожилого человека, достигая на десятом десятилетии 45% у мужчин и 40% у женщин.

1 ПОНЯТИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

Пиелонефрит (pyelonephritis; греч. pyelos лоханка + нефрит) — неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани, лоханки и чашечек.

Различают острый и хронический, односторонний и двусторонний, первичный (необструктивный) и вторичный (обструктивный) пиелонефрит. Чаще, примерно в 80% случаев, наблюдается вторичный пиелонефрит, возникающий вследствие

органических или функциональных изменений в почках и мочевых путях, которые ведут к нарушению оттока мочи, венозной крови и лимфы из почки. В развитии вторичного пиелонефрита у детей большое значение имеют врожденные диспластические очаги в почечной ткани и микрообструкция (затруднение оттока мочи) на уровне нефрона; у беременных женщин (так называемый гестационный пиелонефрит) — нарушение тонуса верхних мочевых путей вследствие эндокринных сдвигов или сдавления увеличенной маткой нижней трети мочеоточника. Выделяют также клинические варианты пиелонефрита при различных видах патологии, в том числе пиелонефрит у больных сахарным диабетом, у больных с поражением спинного мозга, пиелонефрит при пузырно-мочеоточниковом рефлюксе, пиелонефрит почечного трансплантата, сенильный (старческий) пиелонефрит.

Причиной заболевания могут быть любые микроорганизмы, относящиеся как к эндогенной, так и экзогенной флоре. Белый и золотистый плазмokoагулирующие стафилококки могут послужить причиной гнойно-воспалительного процесса в неизмененной почке, тогда как другие микроорганизмы, как правило, вызывают пиелонефрит лишь при наличии предрасполагающих местных факторов.

Обычно микроорганизмы проникают в почку гематогенным путем из очага инфекции в организме (тонзиллит, фурункулёз, инфицированная рана и т.д.). Они, как правило, задерживаются в венозных капиллярах почки, откуда распространяются на интерстициальную ткань, вызывая развитие в ней гнойно-воспалительного процесса. Реже возбудители инфекции попадают в почку уриногенным путем, т.е. из нижних мочевых путей по просвету мочеоточника в результате пузырно-мочеоточникового рефлюкса. Из почечной лоханки микроорганизмы проникают в общий кровоток вследствие лоханочно-почечных рефлюксов и затем, вернувшись по артериальной системе в ту же почку, вызывают в ней воспалительный процесс. Очень редко возбудители инфекции из нижних мочевых путей достигают почки, продвигаясь непосредственно по стенкам мочеоточника.

Развитию бактериального воспаления в интерстициальной ткани почки способствуют гипоксия почечной ткани (гипертоническая болезнь, нефроптоз, гипоплазия почки, поликистоз), гипокалиемия, нарушения пуринового (подагра) и углеводного (сахарный диабет) обменов, уродинамики (мочекаменная болезнь, пузырно-мочеоточниковый рефлюкс, аномалии развития мочевой системы, аденома предстательной железы, атония кишечника, беременность), иммунодефицитные состояния.

Хроническое течение пиелонефрита обычно обусловливается уриногенным заносом бактерий вследствие нарушения оттока мочи из почки, угнетением иммунитета, нарушением кровоснабжения почечной ткани и другими факторами. Наиболее часто оно отмечается при обструктивном (30—40%), а также гестационном пиелонефрите (10—25%).

2 ЛЕЧЕНИЕ

Больной острым пиелонефритом должен быть госпитализирован. Ему необходимо обеспечить постельный режим и комплексное лечение с учетом стадии воспалительного процесса, степени нарушения пассажа мочи, функционального состояния второй почки. Антибактериальная терапия при отсутствии оттока мочи из пораженной почки не только не эффективна, но и опасна в связи с возможностью эндотоксического шока. Поэтому при нарушении пассажа мочи у больных острым серозным пиелонефритом следует прежде всего восстановить отток мочи из почечной лоханки путем катетеризации мочеточника. установления стента (трубки), чрескожной пункционной нефростомии или устранения препятствия оперативным путем (пиело- или нефростомия).

При остром гнойном пиелонефрите недостаточно восстановления пассажа мочи. Поэтому при апостематозном пиелонефрите одновременно производят декапсуляцию почки; при карбункуле почки — его иссечение или рассечение; при абсцессе — вскрытие и дренирование гнойной полости. В случае тяжелой интоксикации и септического состояния, обусловленных диффузным апостематозным пиелонефритом, множественными карбункулами почки, при удовлетворительном состоянии второй почки показана нефрэктомия.

При выборе антибиотика необходимо учитывать реакцию мочи, нефротоксичность препарата, особенности возбудителя инфекции. Так, макролиды и аминогликозидные антибиотики эффективны в щелочной моче; ампициллин, ристомицина сульфат, нитрофураны, нитропсоллин — в слабокислой; левомецетин, тетрациклины, цефалоспорины, палин, таривид (офлоксацин) можно применять при любом рН мочи. Антибактериальную терапию в случае тяжелого приступа острого пиелонефрита обычно начинают, не дожидаясь данных бактериологического исследования мочи. При невозможности определить рН мочи назначают препараты, эффективные при любой реакции мочи (левомецетин в сочетании с фурагином, ампициллин, цефалексин, палин). При отсутствии эффекта антибиотики вводят парентерально. Сильный бактерицидный эффект дает сочетание полусинтетических пенициллинов с нитрофуранами, карбенициллина с налидиксовой кислотой, аминогликозидов с

цефалоспорины. Антибактериальную терапию корректируют по результатам бактериологического исследования мочи.

Рекомендуется обильное питье (до 21/2 л в сутки) с учетом состояния сердечно-сосудистой системы, функции почек и оттока мочи из верхних мочевых путей. Лихорадящим больным следует давать пить клюквенный морс, а в тяжелых случаях при резко выраженной интоксикации — назначать подкожные или внутривенные вливания изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Применяют капельно внутривенно реополиглюкин, гемодез (неокомпенсан), 10% раствор альбумина, а также переливания плазмы, крови, антистафилококковой или антиколибациллярной плазмы, плазмы крови, подвергнутой УФ-облучению, вводят гамма-глобулин.

Используют мочегонные средства — фуросемид (лазикс) внутрь, внутримышечно или внутривенно. При почечном ацидозе рекомендуется парентеральное введение 2—3% раствора гидрокарбоната натрия. В тяжелых случаях, при резко выраженной интоксикации, сепсисе применяют гемосорбцию, лимфосорбцию, плазмаферез.

Из противовоспалительных средств в первые 8—9 дней назначают ингибиторы протеолиза — аминокaproновую кислоту по 1 г 5—6 раз в сутки или контрикал ежедневно однократно по 10 000—20 000 ЕД внутривенно капельно на 300—500 мл изотонического раствора хлорида натрия. В качестве жаропонижающих средств можно использовать салицилаты (ацетилсалициловую кислоту), нестероидные противовоспалительные препараты (антипирин, анальгин, амидопирин, бруфен, индометацин), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил). В отдельных случаях (при бактериемическом шоке) применяют стероидные гормоны (гидрокортизон, преднизолон) и антикоагулянты.

С целью стабилизации проницаемости клеточных мембран и капилляров назначают аскорбиновую кислоту (внутримышечно 3—5 мл 5% раствора), рутин по 0,05 г 2—3 раза в день. Для улучшения микроциркуляции используют пентоксифиллин (трентал). В случае гипоксии показаны ингаляции кислорода, подкожное его введение или гипербарическая оксигенация.

Питание должно быть достаточно калорийным, не обильным, без резкого ограничения приема поваренной соли. Можно рекомендовать диету № 7а, содержащую 20 г белков, 80 г жиров и 350 г углеводов, которая обеспечивает 2200 ккалорий.

При болях в почке показаны тепловые процедуры (грелки, согревающие компрессы, соллюкс, диатермия), спазмолитики (экстракт белладонны, папаверин, но-шпа, баралгин). С 14—16-го дня болезни применяют анаболические стероиды, стимулирующие синтез белка в организме, — метандростенолон (неробол); феноболлин (нероболлин) или ретаболлин. Используют также биогенные стимуляторы, оказывающие стимулирующее действие и ускоряющие процессы регенерации, в т.ч. препараты из растений (экстракт алоэ, элеутерококка, левзеи, женьшеня), из тканей животных (взвесь плаценты, стекловидное тело, апилак, пантокрин), а также из лиманных грязей (ФиБС, пелоидин, гумизоль и др.) и торфа (торфот). Назначают витамины А, В₁ и В₆, фитотерапию, физиотерапию (электрофорез с йодистым калием, фонофорез с гидрокортизоном, микроволновую терапию).

Больной острым пиелонефритом нетрудоспособен в течение лихорадочного периода и 7—10 дней после нормализации температуры тела; ограниченно трудоспособен до полной нормализации анализов мочи и крови. После операции на почке, лоханке, мочеточнике нетрудоспособность продолжается 3—4 недели после заживления раны (всего до 11/2 месяца). При явлениях почечной недостаточности или первичном органическом заболевании мочевых путей, которое осложняется повторными обострениями П., больной также нетрудоспособен.

Амбулаторное лечение больных острым пиелонефритом в стадии реабилитации продолжается 4—6 месяцев. Назначают прерывистые курсы антибактериальной терапии приблизительно в течение 1 недели каждого месяца под контролем антибиотикограммы.

Санаторно-курортное лечение проводят на курортах Трускавец, Железноводск, Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск, Боржоми, Саирме, Янгантау, Бирштонас, Истису, Березовские Минеральные Воды, Шкло, Хмельник и др.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

ЧЕЛОВЕК - общественное существо, представляющее собой высшую ступень развития живых организмов на Земле, обладающее сложно организованным мозгом, сознанием и членораздельной речью. Сущность человека нельзя свести к особенностям его анатомического строения, например вертикальному положению тела, специфическому строению конечностей и сложной организации мозга. Человек со всеми его специфическими особенностями есть продукт общественно-исторического развития. При этом он имеет не только свою общественную историю, но и свою естественную

предысторию. Эволюция анатомо-физиологического строения животных постепенно подготовила возможность перехода к анатомо-физиологическому строению человека. А возникновение сознания было подготовлено всем предшествующим ходом естественной истории умственного развития животных. Начало изготовления искусственных орудий труда ознаменовало собой начало возникновения человека. И в результате неуклонно развивающейся трудовой деятельности человек не только видоизменял природу, но и видоизменялся сам. Пока наконец не достиг в течении сотен лет современного типа строения и не превратился в новый биологический вид, именуемый Homo Sapiens (разумный человек).

Анатомо-физиологический очерк.

Тело человека, как и всех животных, имеет клеточное строение. Образующие его клетки имеют различное строение соответственно выполняемым ими функциям и образуют различные ткани (мышечную, нервную, костную, внутренней среды и другие). Из тканей составляются органы и системы органов. Опорные и двигательные функции осуществляются скелетом и мышцами, объединенными в единый опорнодвигательный аппарат; питание - системой пищеварительных органов, в число которых входит пищеварительная трубка и большие пищеварительные железы; дыхание - дыхательными органами, состоящими из дыхательных путей и легких; выведение конечных продуктов обмена (кала и мочи) - выделительной системой (органами экскреции), в число которых входят почки, легкие и кожа; воспроизведение потомства - системой половых органов; перенос пищевых веществ, дыхательных газов, гормонов, продуктов обмена – системой органов кровообращения и лимфатической системой; связь между тканями, органами и всего организма с внешней средой осуществляется нервной системой.

Цивилизация настолько облегчила жизнь человеку, что все его, в прошлом естественные, навыки приобрели характер чего-то выдающегося. Появившиеся машины, поезда и самолеты бесспорно облегчили возможность передвижения, но и отняли у человека возможность передвигаться естественным путем (летать). Все больше и больше людей сейчас борются за здоровый образ жизни, ведь физическая культура укрепляет здоровье, развивает физические силы и двигательные способности человека. Большое разнообразие физических упражнений, применяемых в процессе физического воспитания, позволяют человеку быть в хорошей физической форме и вести здоровый образ жизни. Такие виды спорта как бег, ходьба на лыжах, бег на коньках, плавание, гребля не только развивают мышцы, но и укрепляют позвоночник, что позволяет с большой долей вероятности избежать многих заболеваний в будущем. Можно заниматься

любым видом спорта только в целях активного отдыха, развлечения и укрепления здоровья и не ставить перед собой задачи достижения высоких результатов и участия в соревнованиях. Физкультура бывает также лечебной, то есть применяется с лечебными и профилактическими целями. Одна из особенностей лечебной физкультуры - непосредственное активное участие самого больного в процессе своего лечения; он сам проделывает назначенные врачом физические упражнения, сам контролирует правильность их выполнения.

Лечебная физкультура применяется в различных формах:

- гигиеническая гимнастика;
- лечебная гимнастика;
- подвижные игры;
- различные формы ходьбы, спортивные развлечения.

Гигиеническая гимнастика - комплекс физических упражнений, оказывающий общеукрепляющее воздействие на организм.

Лечебная гимнастика - комплекс физических упражнений, назначаемых больному с лечебно-профилактическими целями. Комплексы состоят не только из специальных упражнений применительно к данному заболеванию, но и обязательно из упражнений, оказывающих общее воздействие на организм. В зависимости от заболевания, содержание комплексов лечебной гимнастики и методика их проведения различны.

Игры как форма лечебной физкультуры характеризуются ярко выраженным интересом к действиям: наличие интереса вынуждает играющего производить движения и

действия, от которых он обычно отказывается, мотивируя нежеланием или болезненностью.

Спортивные развлечения - прогулки пешком, верхом, на лыжах, на велосипеде и другие (применяемые главным образом в домах отдыха и санаториях) должны быть строго дозированы в зависимости от состояния здоровья, возраста, подготовленности, метеорологических и других условий, в которых они проводятся.

Противопоказаниями к применению лечебной физкультуры являются:

1. Общее тяжелое состояние больного.
2. Опасность внутреннего кровотечения.
3. Нестерпимая боль при выполнении физических упражнений.

К сожалению лечебная физкультура практически не используется при заболеваниях органов мочевого выделения. Используется только общеукрепляющая лечебная гимнастика, так как пиелонефрит (от греческого *pyelos* - лоханка и *nefros* - почка) - это воспаление почечных лоханок, осложненное воспалением почек вследствие проникновения возбудителей воспалительного процесса из почечной лоханки в ткань почки. Воспаление почечных лоханок возникает в результате проникновения микробов в полость почечной лоханки. Наиболее частыми возбудителями пиелита являются кишечная палочка, стафилококки и стрептококки.

Хроническое течение болезни чаще всего зависит от специфической причины, поддерживающей воспалительное явление. Частые боли в поясничной области не дают возможности заниматься физической культурой регулярно и с полной отдачей сил. Течение болезни характеризуется чередованием периода затишья, когда больные не испытывают болезненных ощущений, с периодами обострения, наступающими обычно после перенесенной инфекции а так же от авитаминозов и простудных заболеваний.

И хотя лечебная физкультура очень действенное и эффективное средство борьбы с заболеваниями, она, к сожалению, не дает положительных результатов (при пиелонефрите) кроме временного улучшения общего состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пиелонефрит - воспаление ткани почки. Пиелонефритом может заболеть человек любого возраста, но чаще им болеют: дети до 7 лет, у которых заболевание связано с анатомическими особенностями развития; девушки и женщины 18-30 лет, у которых появление пиелонефрита связано с началом половой жизни, беременностью или родами; пожилые мужчины, страдающие аденомой предстательной железы.

Пиелонефрит является инфекционным воспалительным заболеванием почек с поражением лоханки и чашечек, паренхимы и интерстициальной ткани. В острую фазу заболевания, как правило, отмечается бактериемия. Клинические симптомы сепсиса могут наблюдаться у 30% больных пиелонефритом. Обострение хронического пиелонефрита, обусловленного грамотрицательными бактериями,

может быть причиной развития бактериемического шока и острой почечной недостаточности.

Основной рекомендацией по профилактике пиелонефрита является лечение основного заболевания, которое может привести к его развитию, в первую очередь - мочекаменной болезни и аденомы предстательной железы, а также всех заболеваний, сопровождающихся нарушением оттока мочи из почки. Беременным женщинам, особенно с многоплодием, многоводием, с крупным плодом и с узким тазом необходимо не реже 1 раза в месяц проводить бактериологический анализ мочи и, по показаниям, исследование уродинамики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И. «Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии.»
2. Кузнецова О.П., Воробьев П.А., Яковлев С.В. «Инфекции мочевыводящих путей». Рус. мед. журн. 1997; 5(2): 81-90.
3. К. Н. Прибылов "Лечебная физкультура"
4. Большая советская энциклопедия