

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 Сестринского дела

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Тарлановой Наиля Галимовны

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Старшая медицинская сестра
ОГБУЗ «Городская поликлиника № 2
г. Белгорода», поликлиническое отделение №2
Деева Л.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОБЛЕМЫ ПАЦИНТА И ИХ РЕШЕНИЕ	6
1.1.История вопроса.....	6
1.2. Этиопатогенез заболевания.....	9
1.3 Проблемы пациента и способы их решения при заболевании пиелонефритом	12
1.4. Профилактические мероприятия	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	22
2.1. Статистические данные	22
2.2. Анкетирование респондентов	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
ПРИЛОЖЕНИЯ	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ	41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Пиелонефрит - неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, с последующим поражением интерстициальной ткани почек, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы. Острый пиелонефрит в настоящее время занимает второе место по частоте встречаемости заболеваний после инфекции верхних дыхательных путей.

Согласно Всемирной медицинской статистике, ежегодно 1 % людей на Земле заболевают пиелонефритом, что составляет около 60 миллионов человек, при этом пиелонефрит является наиболее частым заболеванием почек во всех возрастных группах. В течение года у 25 – 35 % женщин в возрасте 20 – 40 лет имеет место, по крайней мере, один эпизод инфекции мочевых путей [11, с.273].

Заболеваемость пиелонефритом за последние 20 лет беременных возросла в 5 раз (острый пиелонефрит у беременных, согласно данным Шехтмана М.М, встречается у 2 - 13 %).

За последние годы в РФ, несмотря на появление современных антибактериальных средств и улучшения диагностических возможностей, сохраняется тенденция к росту числа больных «инфекцией почек» на 8,4% за период 2010 - 2017 гг. В 2017 г. на учете находилось 671635 человек.

Именно инфекции мочевыводящих путей считаются наиболее актуальной проблемой современной уронефрологии, так как они с непреклонной тенденцией приводят к прогрессированию явлений нефросклероза, усугублению нефрогенной гипертонии, развитию хронической почечной недостаточности. В акушерстве данное заболевание занимает основное место среди патологий беременных и представляют серьезную опасность для нормального течения беременности и полноценного развития плода, поскольку аномалия мочевыделительной системы ведет к нарушению многих жизненно важных функций. В детском возрасте встречаемость данного заболевания составляет 7,3 - 27 на 1000, у взрослых - 0,8 - 1,5 на 1000. Развитие хронического пиелонефрита

может быть является следствием острого пиелонефрита, истоки которого нужно искать в раннем возрасте [6, с.456].

Доступность медицинской помощи высокого качества, включая своевременную и правильную постановку диагноза, понимание тактики ведения и доступности необходимых лекарств, помогает избегать негативных исходов и осложнений. Основным направлением снижения осложнений пиелонефрита, а значит и снижения показателей заболеваемости и инвалидизации является профилактика заболевания [1, с.23].

Объект исследования: деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: профилактика пиелонефрита.

Цель курсовой работы: исследовать профессиональную деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита.

В соответствии с целью в исследовании поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить историю вопроса;
2. Изучить причины возникновения пиелонефрита;
3. Выяснить проблемы пациента и способы их решения при заболевании;
4. Выяснить роли медицинской сестры в профилактике пиелонефрита;
5. Провести анкетирование населения с целью изучения уровня знаний.

Методы исследования, использованные при написании работы:

- теоретический анализ научной литературы и информационных источников по теме работы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический метод - обработка информационного массива;
- при подведении итогов работы использован метод обобщения.

Теоретическая значимость состоит в определении роли медицинской сестры в профилактике пиелонефрита.

Практическая значимость состоит в разработке конкретных рекомендаций профилактических мероприятий пациенту в рамках

компетентности медицинской сестры и возможность их использования в ежедневной работе среднего медицинского персонала.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА И ИХ РЕШЕНИЕ

1.1. История вопроса

Нельзя идти в будущее, не зная прошлого и настоящего. Это, безусловно, применимо к медицине.

О болезнях почек известно с древних времен. Описание болезней почек можно найти в научных трудах Гиппократов, а поражение почек, связанное с мочекаменной болезнью, проследить по египетским манускриптам.

Широкое распространение получают труды Авиценны (980 - 1037). В наиболее известном произведении по медицине «Канон врачебной науки» большое внимание уделено диагностике и лечению заболеваний почек. Авиценна впервые предположил на основании визуальной оценке характера мочи диагностирование отеков, связанных именно с заболеваниями почек (Гиппократ так и не смог объяснить появления отеков, их природу). В трудах впервые описано хирургическое лечение камней мочевого пузыря, предложен ряд лекарственных средств [14, с.133].

В Эпоху Возрождения, в 1588 году в Мадриде в трудах Ф. Диаса исследованы причины, которые приводят к образованию камней в почках, в том числе предшествующие изменения в самой почечной паренхиме. Наглядно дано объяснение почечной колики, иррадиации боли при почечной колике, заболевания, которые переходят в гематурию, гнойное воспаление почки как следствие почечнокаменной болезни, флегмона жировой капсулы почки, методы лекарственной терапии мочекаменной болезни. Большое внимание уделено тщательному описанию оперативных вмешательств [9, с.23].

Разносторонний вклад в изучение физиологии и патологии почек внесли русские ученые. Так, А.М. Шумлянский открыл в 1792 году полость в почечном клубочке (капсула Боумена-Шумлянского). И.М. Сеченов открыл важную роль

малых сосудов — «шлюзов» крови — для микроциркуляции в тканях. С.П. Боткин такую аномалию, как опущение почек у молодых людей с неврастеническими реакциями. С.П. Боткину принадлежат методики пальпации почек у пациентов в горизонтальном и вертикальном положении для диагностики заболевания почек. А.И. Полуин определил (1853 год), что тяжелые проявления холерного алгида являются следствием острой почечной недостаточности. А.Ф. Каковский разработал метод количественного подсчета форменных элементов осадка мочи (1910 год). Зимницкий С.С. предложил пробу на функциональную полноценность почек путем определения колебаний удельного веса мочи (1921 год) и оригинальную классификацию нефритов (1924 год). А.Г. Гинецинский уточнил в 1952-1964 гг. механизм обратного всасывания воды в дистальном нефроне.

Большую роль в развитие нефрологии внес Е.М. Тареев (1895-1986). На протяжении десятилетий он изучал этиологию, патогенез, патоморфологию и патобиологию аутоиммунных заболеваний почек. В частности, им был детально изучен идиопатический (Брайтов) нефрит [14, с.156].

Значительный прогресс в развитии нефрологии во второй половине XX века обусловлен успешным применением для исследования патологии почек иммунологических, биохимических, генетических методов, биопсии почек, что позволило изучить, в том числе и в динамике, функционально-структурные особенности патологически изменений.

Внедрение таких методов исследования, как ангиография, сцинтиграфия и др., позволило проводить количественную оценку кровообращения в почках в целом и на уровне микроциркулярных регионарных нарушений, а также отдельных функций почек. Методы гемодиализа и трансплантации почек, новые подходы к диетотерапии больных привели к важному теоретическому и практическому достижению — возможности сохранения жизни больных на период острого прекращения деятельности почек [15, с.189].

Термин «пиелонефрит» до сих пор не имеет четкого определения и трактуется неодинаково. Отечественная медицина определяет пиелонефрит как неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почек и их чашечно-лоханочной системы [5, с.74].

Важнейший признак, отличающий пиелонефрит от других тубуло-интерстициальных поражений почек - это вовлечение в воспалительный процесс их чашечно-лоханочной системы.

Пиелонефрит может быть самостоятельным заболеванием, но в основном осложняет течение мочекаменной болезни, врожденных аномалий развития, гиперплазии предстательной железы, сахарного диабета, воспалительных заболеваний женских половых органов, беременности. Среди инфекционных заболеваний пиелонефрит занимает второе место после острых респираторных инфекций.

Классификация зависит от выявленных изменений в почке:

- а) в зависимости от патогенеза различают: первичный и вторичный;
- б) по характеру течения: острый и хронический;
- в) по пути проникновения: нисходящий и восходящий;
- г) по периоду: обострение (активный), обратное развитие симптомов (частичная ремиссия), ремиссия;
- д) по состоянию проходимости мочевыводящих путей: обструктивный и не обструктивный;
- е) по форме острого пиелонефрита: серозный и гнойный;
- ж) по сохранности функции почек: без нарушения функции почек и с нарушением функции почек;
- з) сторона с более выраженными клиническими проявлениями: левая, правая, поражены две почки [1, с. 431].

Выделяют также пиелонефрит детского возраста, пожилых (старческий), беременных, при сахарном диабете, у спинальных больных, постлучевой и т.д.

Пиелонефрит, возникший в амбулаторных условиях или в течение первых 48 ч пребывания больного в стационаре, является внебольничным. Внутрибольничный пиелонефрит развивается после 48 часов пребывания больного в стационаре и в течение 48 часов после выписки из стационара, имеет более тяжелое течение, чем пиелонефрит, развившийся амбулаторно.

Пиелонефрит может выявляться случайно уже на поздних стадиях болезни, а также сопутствовать мочекаменной, гипертонической болезни и хронической почечной недостаточности [8, с.76].

Сегодня, в эру антибиотиков, неосложненный острый пиелонефрит не является смертельной болезнью. Но приведенные ниже осложненные формы болезни и осложнения несут угрозу жизни.

К осложненным формам относят: эмфизематозный нефрит (некроз с образованием пузырьков газа в почке), некротический папиллит (деструктивный процесс в почке), абсцесс почки (ограниченный очаг гноя), карбункул почки (образование гнойного инфильтрата), апостематозный нефрит (множество гнойников в корковом веществе почки).

Осложнения острого пиелонефрита: сепсис, острая почечная недостаточность, рубцевание почки.

Осложнения хронического пиелонефрита: прогрессирующая почечная недостаточность; гипертония, белок в моче (протеинурия), фокальный гломерулосклероз (очаги склероза почечных клубочков), прогрессирующее рубцевание почки, пионефроз (гнойное расплавление), ксантогрануломатозный пиелонефрит [7, с.136].

1.2. Этиопатогенез заболевания

Специфического возбудителя пиелонефрита не существует. *Escherichia coli* инициирует более 80% случаев острого пиелонефрита у больных без нарушений уродинамики, а *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.* и *Klebsiella spp.*

чаще встречаются у пациентов с ретенционно-обструктивными процессами в почках и верхних мочевых путях. У 60% больных из воспалительных очагов и мочи выделяются одни и те же микроорганизмы.

Вирулентность облигатных уропатогенов, имеющих отношение к микрофлоре кишечника, так называемых комменсалов (сожителей), обусловлена: свойством двигаться против тока мочи благодаря ворсинкам-фимбриям, феноменом бактериальной адгезии, способностью противостоять опсонизации и фагоцитозу, выделением при гибели эндотоксина [5, с.112].

Нередко возбудителями острого пиелонефрита становится госпитальная (нозокомиальная) инфекция. У ослабленных пациентов, детей, беременных, пожилых и старческого возраста, на фоне дисбактериоза, важную роль в патогенезе пиелонефрита отводят бактериальной транслокации из кишечника. В условиях ишемии возбудителями гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита может стать анаэробная микрофлора (бактероиды), наличие которой предполагается в тех случаях, когда инфекционных возбудителей не удается обнаружить на обычных питательных средах. Выделяют гематогенный и уриногенный пути инфицирования почек [10, с.8].

Гематогенный путь реализуется в ходе системных инфекционно-воспалительных процессов, которые характеризуются бактериемией, или вследствие метастатического заноса бактерий из отдаленных гнойных очагов. Ведущая роль в гематогенном инфицировании почек принадлежит грамположительной микрофлоре, в первую очередь *Staphylococcus aureus*.

Восходящий путь предусматривает распространение инфекции по стенке мочеточника из мочевого пузыря, уриногенный - при пузырно-мочеточниково-лоханочном рефлюксе. Особенность строения форникального аппарата заключается в том, что при повышении внутрилоханочного давления эпителиальный покров свода чашек из многорядного превращается в однорядный. В межклеточном пространстве образуются щели, через которые инфицированная моча выходит за пределы чашечно-лоханочной системы,

насыщающая мозговое вещество, которое является более склонным к развитию воспалительного процесса, чем корковое. Кроме того, при повышении давления, микроорганизмы способны проникать в общий ток крови путем лоханочно-венозного и лоханочно-лимфатического рефлюкса и, возвращаясь с током крови в почку, оседать в капиллярах вокруг канальцев. При этом степень патологических изменений в почках обусловлена сроком окклюзии и вирулентностью инфекции [1, с. 432].

Как только бактерия преодолевает везикоуретеральный барьер, ей требуется приблизительно 6 часов для достижения проксимальных и дистальных канальцев. В течение суток эпителий канальцев остается интактным, и в это время бактерии размножаются и удваивают свою численность каждые 20 минут. Через 48 часов с момента попадания инфекционного агента в мочевой пузырь полиморфноядерные клетки инфильтрируют канальцы, и в их вакуолях начинается фагоцитоз бактерий, при этом обязательно повреждаются клетки канальцев.

Восходящему уриногенному инфицированию почки способствует также феномен адгезии некоторых бактерий к эпителию мочевых путей и их способность распространяться с нижних мочевых путей (уретра, мочевой пузырь) к верхним (мочеточник, лоханки, чашки) [10, с.28].

Предрасполагающими факторами развития пиелонефрита являются: переутомление, гиповитаминоз, хронические инфекции (кариес зубов, тонзиллит, аднексит, колит). Всякое препятствие оттоку мочи (камень, перегиб мочеточника), а также аномалии развития почек и мочеточников могут создать условия для развития воспалительного процесса.

1.3. Проблемы пациента и способы их решения при заболевании пиелонефритом

В практике современных медицинских технологий предъявляются новые требования к специалистам сестринского дела. Сегодня здравоохранению нужна не просто медицинская сестра, а высококвалифицированный специалист, способный творчески подойти к своей работе, грамотный профессионал, полноправный член медицинской команды.

Сестринский уход за больными с пиелонефритом - это не только выполнение гигиенических и бытовых процедур, контроль приема лекарств, но и большая психологическая работа, требующая огромного терпения.

Пациентов с пиелонефритом любой возрастной категории или его осложнением, беспокоят боль, стресс, диспепсические нарушения, ограниченные возможности к самообслуживанию. Медицинская сестра по роду своей профессии находится в постоянном контакте с пациентом и является связующим звеном между пациентом и врачом.

Для того, чтобы адекватно оказать медицинскую помощь, медицинскому персоналу в арсенале нужно иметь необходимые знания и умения. Для выявления проблем пациента и осуществления сестринских вмешательств необходимо знать клиническую картину пиелонефрита.

Клиника острого пиелонефрита. Общие симптомы острого пиелонефрита: повышение температуры тела (чаще интермиттирующего характера), озноб, тахикардия, головная боль, боль в мышцах и суставах, тошнота, рвота, общая слабость.

Местные симптомы острого пиелонефрита: боль в пояснице, пальпаторная болезненность в проекции почки, напряжение мышц, увеличенная, болезненная почка при пальпации, болезненность при постукивании по пояснице (положительный симптом Пастернацкого) [2, с.13].

При неосложненном остром пиелонефрите преобладают общие симптомы, при осложненном (чаще обструктивном) - местные.

У женщин заболевание часто развивается на фоне симптомов острого цистита или после их исчезновения, особенно при отсутствии лечения. Самую многочисленную группу пациентов с обструктивными формами острого пиелонефрита составляют больные уролитиазом, у которых развитию клинической симптоматики нередко предшествует приступ почечной колики. Тяжесть заболевания определяется, прежде всего, общей и местной реактивностью организма и не всегда соответствует степени морфологических изменений в почке [3, с.133].

У лиц пожилого и старческого возраста, ослабленных пациентов, лиц с иммунодефицитом и беременных клиническое течение гнойных форм острого пиелонефрита может иметь атипичный характер и сопровождаться стертой клинической картиной. У молодых пациентов, наоборот, при остром пиелонефрите может наблюдаться выраженная клиническая симптоматика (резко выраженный болевой синдром, гектическая температура тела, озноб) [6, с.520].

Наиболее характерными клиническими признаками перехода воспалительного процесса в гнойную стадию является усиление болевого синдрома, повторная лихорадка с ознобом, повышением температуры тела до 39-41°C, олигурия, гипотензия, тахикардия, бледность кожи, иктеричность склер, общая слабость, головокружение. Клиническое течение острого гнойного пиелонефрита, особенно обструктивного характера и при вовлечении в патологический процесс обеих почек, часто сопровождается тяжелыми септическими осложнениями.

Хронический пиелонефрит. Различают первичный и вторичный хронический пиелонефрит.

Первичный хронический пиелонефрит, развивается в интактной почке (без нарушений развития и диагностированных нарушений уродинамики верхних мочевых путей).

Вторичный хронический пиелонефрит, возникает на фоне заболеваний, которые нарушают пассаж мочи: отклонения в развитии почек и мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, сужение мочеточника различной этиологии, болезнь Ормонда (ретроперитонеальный фиброз), пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия, аденома и склероз простаты, склероз шейки мочевого пузыря, нейрогенный мочевой пузырь (особенно гипотоничного типа), кисты и опухоли почки; новообразования мочевыводящих путей, злокачественные опухоли половых органов [6, с.326].

По локализации процесс может быть одно- или двусторонним.

Выделяют фазы течения хронического пиелонефрита: активного воспаления, латентного воспаления, ремиссии или клинического выздоровления.

В активную фазу хронического пиелонефрита больной жалуется на тупую боль в поясничной области. Дизурия нехарактерна, однако может быть, в виде учащённого болезненного мочеиспускания различной степени выраженности. Могут быть отмечены следующие жалобы: повышенная температура, болевые ощущения в поясничной области, утомляемость, общая слабость и др.

В латентную фазу заболевания жалобы могут отсутствовать, диагноз подтверждается лабораторными исследованиями.

В стадию ремиссии диагностика основывается на данных анамнеза (в течение не менее 5 лет), жалобы и лабораторные изменения могут отсутствовать [4, с.136].

Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

При исследовании общего анализа мочи акцентируется внимание на следующих показателях исследования: повышение количества лейкоцитов, бактериурия, небольшая протеинурия (до 1 г/сут) и микрогематурия [2, с.143].

Тест по Зимницкому - определяется относительная плотность мочи, собранной за восемь приемов в течение 24 часов.

Анализ мочи по Нечипоренко показывает количество эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в моче. При пиелонефрите все показатели могут быть повышены.

Бактериологический анализ мочи помогает выявить возбудителя заболевания и назначить адекватную антибактериальную терапию.

Бактериоскопия мочи помогает сузить круг возможных возбудителей заболевания.

Показатели анализа мочи являются информативными для диагностирования пиелонефрита.

В общем анализе крови определяется: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышенная СОЭ, токсическая зернистость нейтрофилов, возможно умеренное снижение уровня гемоглобина.

Биохимический анализ крови выполняют для уточнения функционального состояния почек и печени [2.с.16].

Инструментальные методы диагностики. Измерение артериального давления (в период максимальной активности ежедневно, при стихании 1 раз в неделю, в ремиссии 1 раз в 3–6 месяцев). При наличии повышенного артериального давления — суточное мониторное наблюдение за уровнем артериального давления для подбора адекватной терапии.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) помогает визуализировать патологические изменения в почке и мочевых путях, провести разграничение первичного и вторичного пиелонефрита, диагностировать переход инфекционно-воспалительного процесса в гнойную стадию. Для неосложненного острого серозного пиелонефрита характерно увеличение почки, умеренное ограничение дыхательной подвижности, увеличение толщины паренхимы почки, диффузное снижение ее эхогенности, уменьшение площади и снижение эхогенности почечного синуса. В ряде наблюдений вокруг почки

отмечается ореол разряжения, обусловленный отеком околопочечной клетчатки. Для обструктивной формы осложненного пиелонефрита характерно значительно выраженное увеличение почки, расширение ее полостной системы и мочеточника. В подавляющем большинстве случаев ультрасонография дает возможность установить причину нарушения оттока мочи, выявить конкременты, в т.ч. рентгеннегативные [7, с.123].

Обзорная урография помогает диагностировать калькулёзный характер острого пиелонефрита.

По данным экскреторной урографии можно выявить обструкции мочевыводящих путей, увидеть изменение контуров пораженной почки, деформации чашечно-лоханочной системы, а также пассаж мочи.

Методы компьютерной томографии и магнитно – резонансной томографии позволяют выявить: деструктивный процесс в почке, вторичный характер острого пиелонефрита, в случае если по данным УЗИ и экскреторной урографии невозможно уточнить диагноз (острый пиелонефрит на фоне рентгенонегативного камня мочеточника).

Лечение пиелонефрита заключается в устранении инфекционно-воспалительного процесса и санации мочевыводящих путей на фоне адекватного оттока мочи из почки. Методы терапии включают в себя медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Ведущее значение медикаментозного лечения острого пиелонефрита принадлежит антибактериальной терапии. Это заболевание способны вызывать многие виды микроорганизмов, против которых может быть применён любой из имеющихся в настоящее время антибактериальных препаратов [11, с 82].

Правильно подобрать антибактериальную терапию возможно только после получения данных бактериологического анализа мочи с установленным возбудителем и определением его чувствительности к антибиотикам. Однако при остром пиелонефрите успех напрямую зависит от эмпирического подбора антибактериального лечения. В этих случаях выполнение бактериоскопии мочи

в первые 1—1,5 ч может помочь в выборе препарата. По получении результатов бактериологического анализа необходимо скорректировать антибактериальную терапию. После курса антибиотикотерапии лечение следует продолжить уроантисептиками, которые обладают противомикробным свойством [3, с.118-119].

Для купирования мышечных спазмов и болезненных ощущений применяются препараты, обладающие спазмолитическим свойством и болеутоляющие средства.

С целью повышения защитных сил иммунитета рекомендуется прием комплекса витаминов, фитотерапия.

Методы физиотерапии могут быть включены в комплекс мероприятий при остром или хроническом пиелонефрите. Воздействие физическими факторами поможет устранить воспалительный процесс, расслабить спазмированную гладкую мускулатуру мочевыводящих путей, восстановить отток мочи (учитывая противопоказания).

При неэффективности лечения - катетеризация мочеточников, а в случае возникновения угрозы уросепсиса проводят стентирование почечной лоханки, нефростомии.

Постельный режим (около 1 недели) рекомендован в острой фазе болезни, при сильных болях, температуре. Далее желательно проводить время в движении, чтобы восстановить движение мочи из пораженного органа.

Длительность терапии составляет 10 - 14 дней. При лечении пиелонефрита очень важно соблюдать специальную диету и режим [1, с.231].

Немедикаментозное лечение.

При остром пиелонефрите и восстановленном пассаже мочи необходимо поддерживать достаточный диурез. Объём выпиваемой жидкости должен составлять 2000—2500 мл/сут. Рекомендовано применение мочегонных сборов, витаминизированных отваров (морсов) с антисептическими свойствами (клюква, брусника, шиповник) [11, с.23].

Назначать обильное питьё при сопутствующей застойной сердечной недостаточности, высокой артериальной гипертензии. При нарушении углеводного обмена выпиваемая жидкость не должна содержать сахар.

Наряду с доктором, помогает в преодолении болезни больному, медицинская сестра.

Немаловажная задача медсестры в уходе – это выполнять назначения врача, доводить до пациента доступным понятным языком элементы лечения и профилактики. Объяснить пациенту о необходимости введения антибиотиков и приема других лекарственных препаратов и пр. Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Все эти моменты отражены в сестринском уходе за больным.

Пациенту необходимо соблюдать постельный /полупостельный режим с дальнейшим его расширением после того как исчезнут признаки обострения и болевые ощущения. Обеспечить пациенту физический и психологический покой.

Медицинская сестра выполняет ряд медицинских назначений врача: контроль за своевременным приемом медикаментов, проведением медицинских процедур, наблюдение за пациентом во время проведения медицинских манипуляций, контроль артериального давления, частоты дыхательных движений, пульса, наличие отеков, количеством выпитой и выделенной жидкости [13, с.323].

Действия медицинской сестры прежде всего направлены на снижение болевых ощущений у пациента. Подготавливает пациента к лабораторным и диагностическим процедурам. Оказывает помощь больному в проведении гигиенических мероприятий: обучает пациента (родственников пациента) проведению гигиенических процедур, обрабатывает уязвимые участки тела пациента по мере загрязнения [15, с.304].

В большинстве случаев, пациенты с пиелонефритом подлежат госпитализации и задачей медицинской сестры является, помимо оказания

медицинской помощи, обеспечить уход, который максимально ослабит отрицательное влияние больничной обстановки.

Для грамотного подхода в уходе за больным с данным заболеванием, медицинской сестре необходимо учитывать все проблемы пациента, которые могут быть ею устранены или скорректированы.

1.4 Профилактические мероприятия

Профилактика пиелонефрита складывается из первичных и вторичных мероприятий. В свою очередь, первичная профилактика состоит из немедикаментозной и медикаментозной профилактики.

К первичной немедикаментозной профилактике можно отнести комплекс мероприятий, направленных на снижения риска первичного развития инфекционного воспаления в почках. Прежде всего, лечение заболеваний, которые могут привести к развитию пиелонефрита: очаговых инфекций, урологических заболеваний. Постоянное соблюдение диеты и питьевого режима (потребление достаточного количества жидкости, особенно в жаркий период). Избегать переохлаждения, своевременное и регулярное опорожнение мочевого пузыря, соблюдение правил интимной гигиены, прохождение ежегодного профилактического обследования.

Медикаментозная профилактика подразумевает следующие рекомендации: фитопрепараты (канефрон, фитолизин, и т.д.) и антибактериальные средства. Они целесообразны при наличии инфекционных болезней в других отделах мочевых путей (цистит, уретрит, простатит), и при иных инфекционных процессах, способных служить источником распространения возбудителя.

Вторичная профилактика позволяет снизить вероятность рецидива хронического воспалительного процесса и заключается в своевременном выявлении бактериурии [9, с.25 - 26].

Противорецидивное лечение состоит: фитопрепараты, бактериофаги, антибактериальные средства.

При пиелонефрите и предрасполагающих факторов очень важно соблюдать диету и количество потребляемой жидкости. В процессе лечения и во время восстановительного периода показана диета. Диета в острый период должна быть щадящей для почек. Белок и соль в рационе на первое время стараются ограничить. Рацион состоит из хорошо усваивающихся продуктов с достаточным содержанием микроэлементов и витаминов. Калорийность рациона — до 3200 ккал в день. Основной способ кулинарной обработки — на пару. Стадия обострения — это время для полного отказа от животных жиров [1, с.421].

При остром пиелонефрите рекомендуется увеличение количества потребляемой жидкости до 2 л в сутки для людей старше 16 лет, 1,5 л для детей 8-16 лет, 1 л для 1-8 лет [12, с.422].

Следует отказаться от жареной, сдобной, печёной, жирной, острой и очень солёной пищи. Желательно отказаться от свежего хлеба, батона и прочих печёных продуктов, желательно есть печёные продукты двух-трёхдневной давности. Также нужно отказаться также от продуктов-аллергенов, так как в период обострения организм человека особенно ослаблен в этой области иммунной системы. При хроническом пиелонефрите рекомендуется уменьшить потребление поваренной соли до 5 г в сутки и менее [8, с.322].

В стадии ремиссии диета постепенно расширяется: в малых количествах вводятся свежий лук, чеснок, некоторые другие специи. Однако алкоголь, кофе и прочие запрещенные продукты все-таки употреблять нежелательно. На этой стадии особое место занимает питьевой режим и фитотерапия [11, с.87].

Пациент и его родственники должны знать и придерживаться особенностей режима и диеты, которые должен соблюдать больной после выписки из стационара, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций.

Выводы:

1. Пиелонефрит - неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы;

2. Возбудителем пиелонефрита преимущественно является кишечная палочка, но также это может быть клебсиелла, энтерококк и протей. Эти представители энтеробактерий вызывают заболевание в 70 - 80% случаев. Большое значение в развитии болезни играют предрасполагающие факторы;

3. Проблемы пациента заключаются в триаде симптомов: повышение температуры, боль в пояснице, расстройство мочеиспускания. И чем раньше обратиться пациент за помощью, тем успешнее будет лечение;

4. Профилактика пиелонефрита сводится к санации очагов латентной инфекции, соблюдение гигиенических мероприятий, своевременное устранение механических препятствие на пути оттока мочи, способствующие развитию острого пиелонефрита.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2.1 Статистические данные

В структуре заболеваний почек пиелонефрит занимает лидирующее первое место, пациенты женского пола страдают пиелонефритом в 6 раз чаще, чем мужчины, независимо от возраста (рис.1). Однако, вследствие повышения с возрастом частоты инфравезикальной обструкции, заболеваемость пиелонефритом у мужчин начинает расти после 60 лет, опережая такую среди женщин [15, с.48]. Несмотря на появление современных антибактериальных средств и улучшения диагностических возможностей, сохраняется тенденция к росту числа больных.

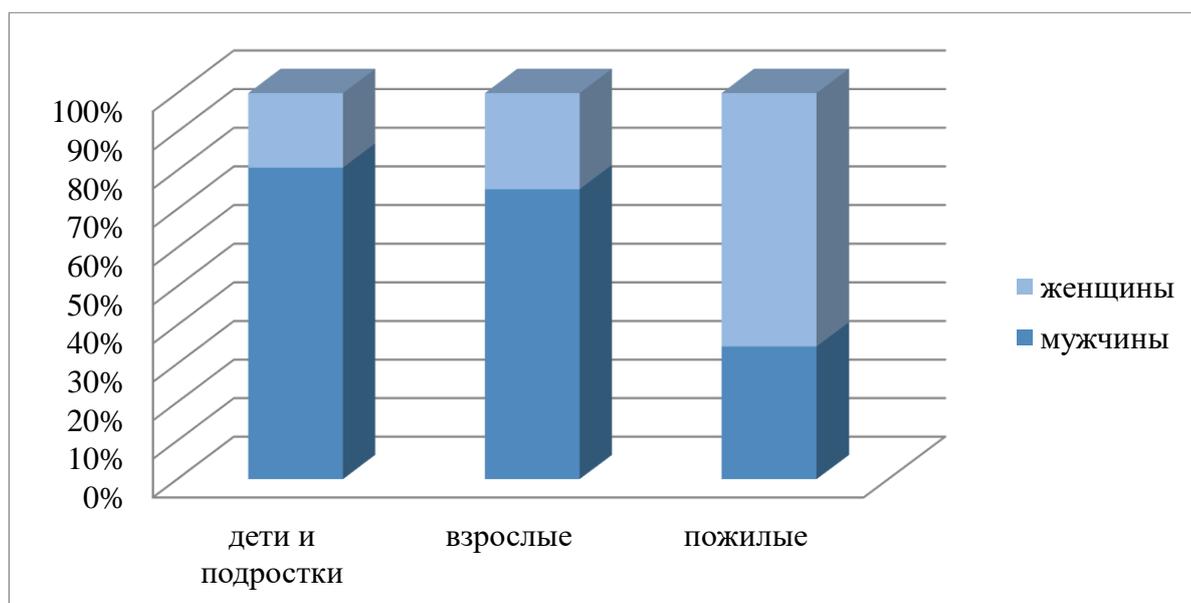


Рис.1. Частота заболевания пиелонефритом женщин и мужчин

На основании данных Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области за 2018 год статистика болезней мочеполовой системы в зависимости от возрастной категории, места проживания и нозологии имеет свои особенности [14, с.185].

За период 2017-2018 гг. в Белгородской области уровень первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения с болезнями почек (гломерулонефрит, пиелонефрит) составляет 0,6 - 0,7 %, из них 2/3 приходится на трудоспособный возраст.

Наибольшее число заболеваний за этот период по Белгородской области зарегистрировано в следующих районах области:

- город Белгород – 4438 человек, Старооскольский район – 2791, Белгородский район – 1949. Наименьшее число заболевания мочеполовой системы среди взрослых по области зафиксировано: Краснояружский – 45 человек, Борисовский- 67, Грайворонский – 93 человек (рис. 2).

Сделайте здесь гистограмму на инфу выше

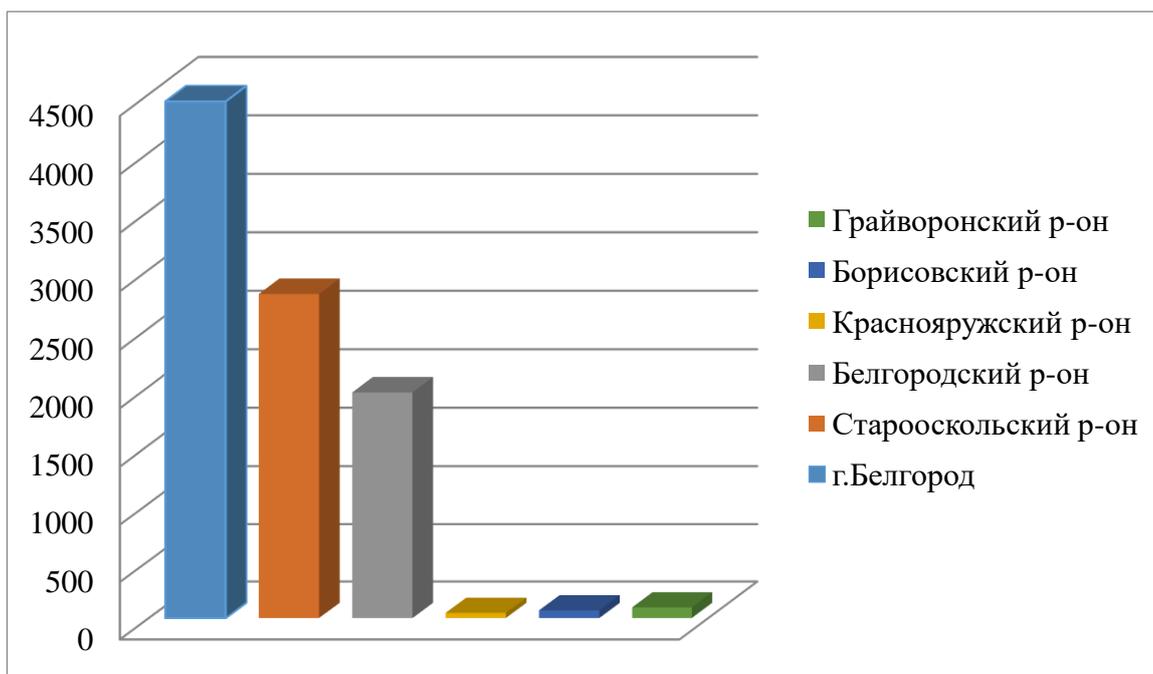


Рис. 2. Количество заболеваний по Белгородской области за период 2017-2018гг.

Пациенты, страдающие пиелонефритом, составляют около 2/3 всех урологических больных.

Увеличение показателя общей заболеваемости взрослого населения области отмечалось по болезни мочеполовой системы – на 4,1 (у пожилого населения) [14, с.187].

Таким образом, в 2018 году отмечен рост заболеваемости взрослого населения болезни мочеполовой системы (у пожилого населения, за счет выявления мочекаменной болезни).

Изучение клинических особенностей течения пиелонефрита, а также трудностей диагностики пиелонефрита у больных (особенно пожилого и старческого возраста) весьма актуально на сегодняшний день, что обусловлено широкой распространенностью данной патологии.

Так, распространенность пиелонефрита в Белгородской области прогрессивно растет с возрастом, особенно у мужчин – от 12,6 % в возрастной группе 60–69 лет до 36,4 % в возрастной группе 80 лет и старше. У женщин отмечается аналогичная тенденция в распространенности пиелонефрита, хотя не столь резко выраженная (19,4–29,6 % в аналогичных возрастных группах) [11, с.211]. Это заболевание является основной проблемой гериатрической патологии в области (табл.2).

Заболевания лиц пожилого и старческого возраста

Таблица 2

Нозология	Пожилой возраст, %	Старческий возраст, %
Вторичный пиелонефрит	55.2	126
Острый пиелонефрит	5.8	6.7
Хронический пиелонефрит в зависимости от фазы воспаления		
Фаза активного воспаления	41.9	57.8
Фаза латентного воспаления	7.6	7.5

Пиелонефрит диагностируется на основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов клинико-лабораторных методов исследования (общего анализа крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, бактериологического посева мочи), ультразвукового исследования, обзорной и внутривенной урографии.

Выводы:

В 2018 году в сравнении с 2017 годом в Белгородской области по болезням мочеполовой системы отмечен рост заболеваемости взрослого населения (пожилого возраста), что объясняется увеличением выявляемой патологии при осмотрах и диспансеризации, с одной стороны, и фактическим ростом заболеваемости с другой.

2.2. Анкетирование респондентов

С целью выявления уровня знаний населения города Белгорода о профилактике заболевания пиелонефрит было проанкетировано 50 человек, женщин было опрошено 52% респондентов, а мужчин – 48% (рис.3).

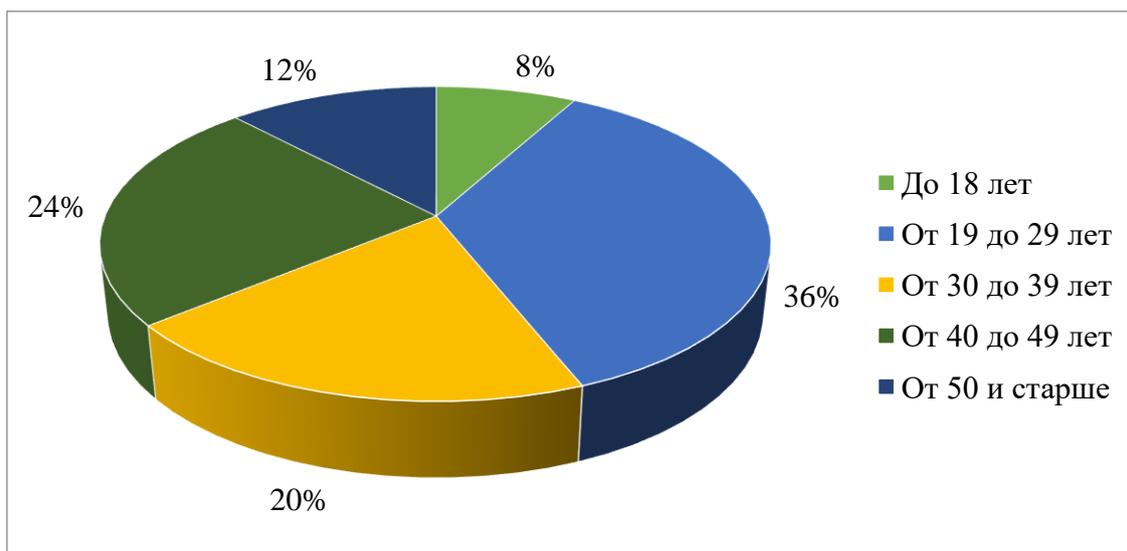


Рис. 3. Возраст респондентов

В результате исследования было установлено, что возраст опрошенных распределился следующим образом: до 18 лет было опрошено 8% респондентов; от 19 до 29 лет — 36%; от 30 до 39 лет — 20%; от 40 до 49 лет — 24%; от 50 и старше — 12% (рис.3).

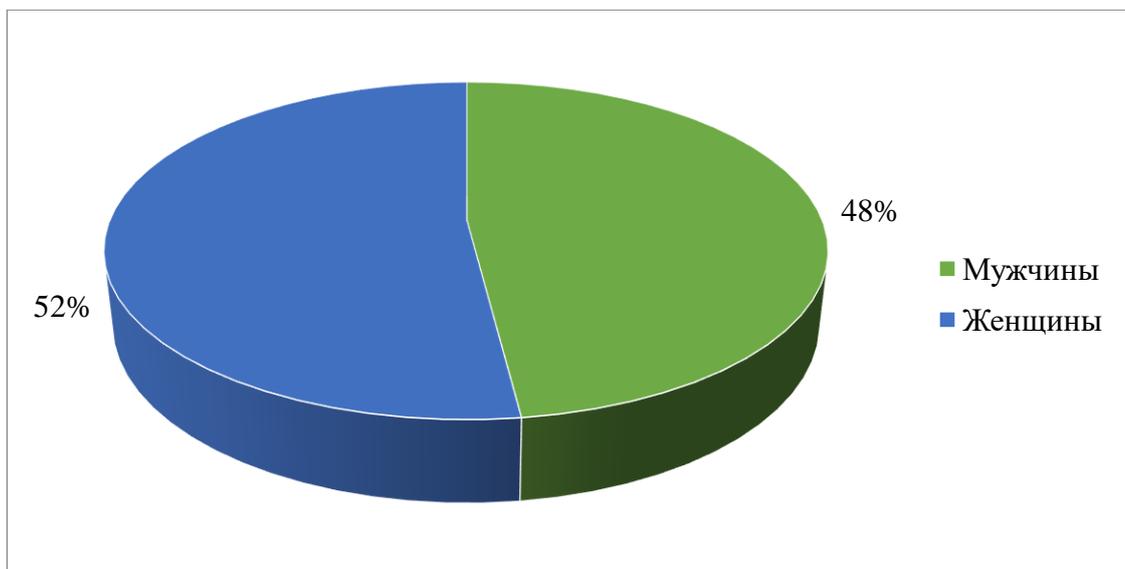


Рис. 4. Распределение респондентов по половому признаку

Анализ социального статуса респондентов показал, что большую часть опрошенных составили студенты — 40%, рабочие — 36%, служащие — 6%, безработные (домохозяйки) — 6%, пенсионеры — 12% (рис. 5).

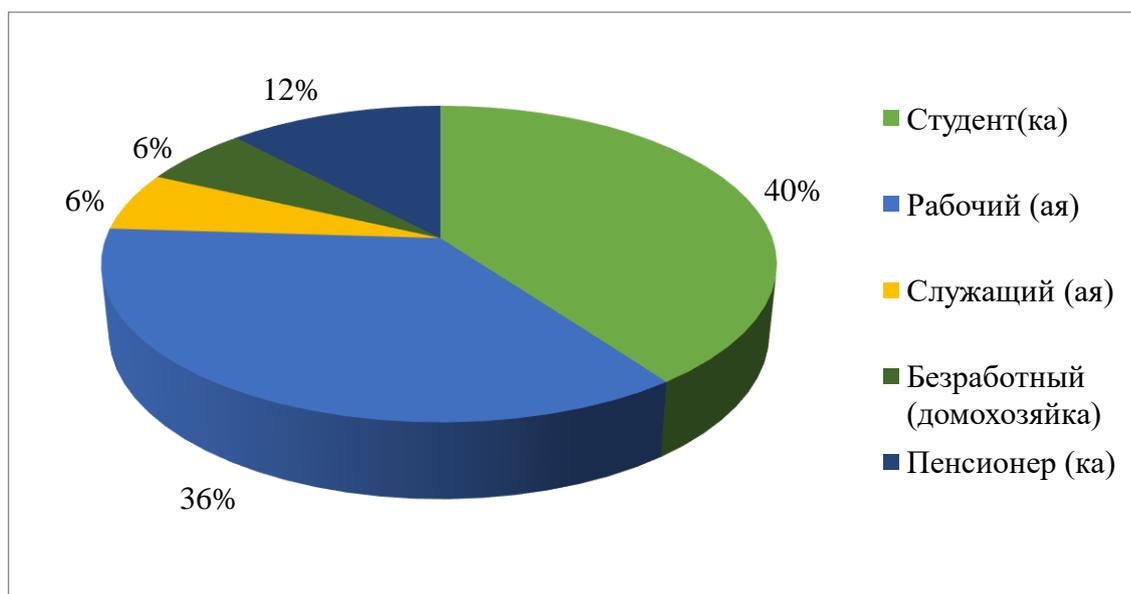


Рис. 5. Социальный статус респондентов

Из участников нашего опроса 72% проживают в городе, 12% в селе, 16% в поселке (рис. 6).

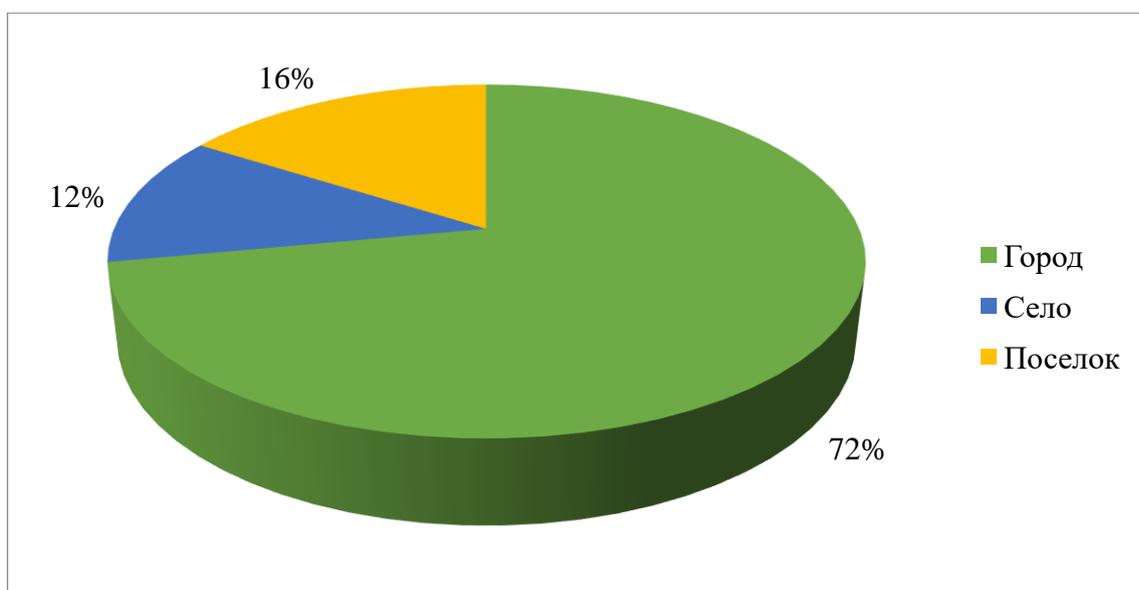


Рис. 6. Место жительства респондентов

На вопрос «Были ли у Вас проблемы с мочевыделительной системой?» респонденты распределились следующим образом: ответ «да» дали 16% опрошенных, «часто» - 16%, «редко» - 20%, «нет» - 48% (рис. 7).

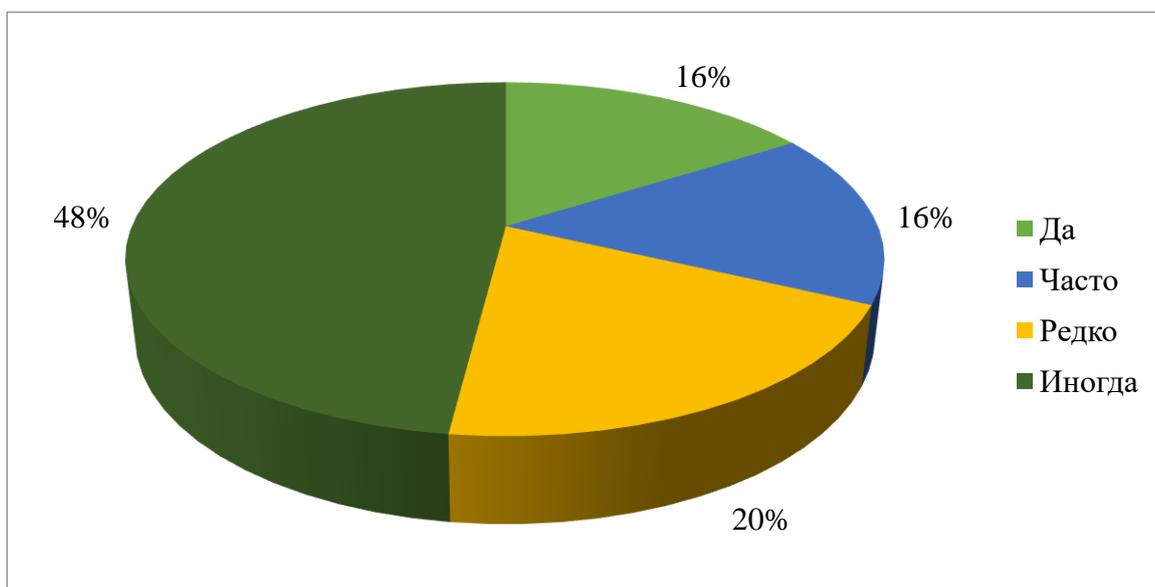


Рис. 7. Заболевания мочевыделительной системы

При анкетировании выявлено что питьевого режима придерживаются 36% респондентов, не придерживаются — 24%, «когда как» ответили 36% и «противопоказано» - 4% (рис.8).

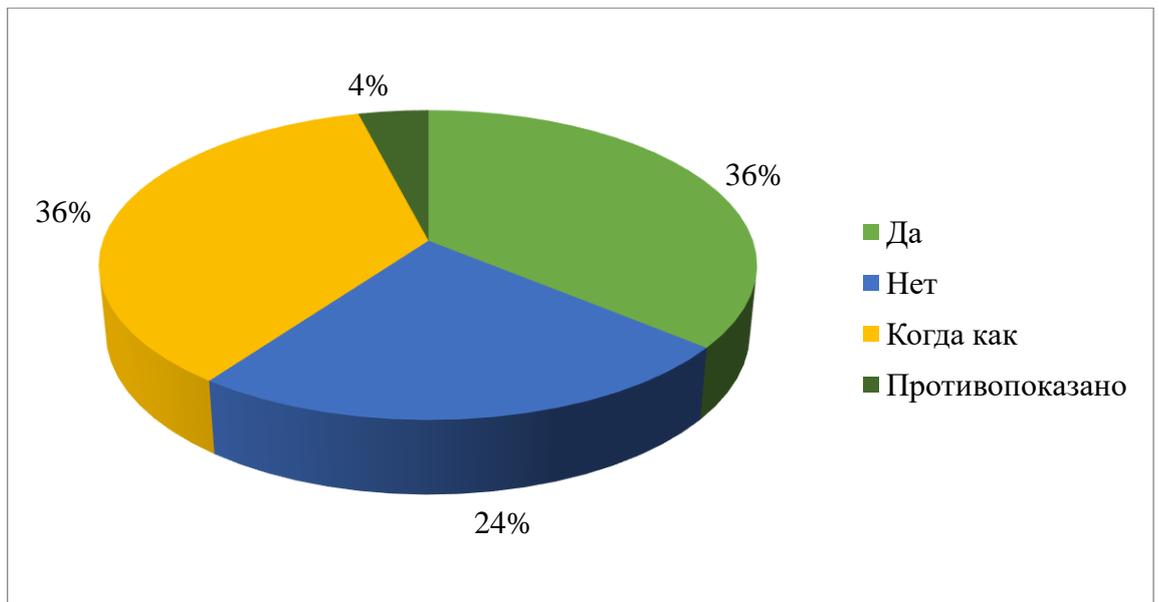


Рис. 8. Питьевой режим

На вопрос, «Имеется ли у Вас избыточная масса тела?» респонденты распределились следующим образом, положительно ответили— 32%, нет ответили — 68% (рис. 9).

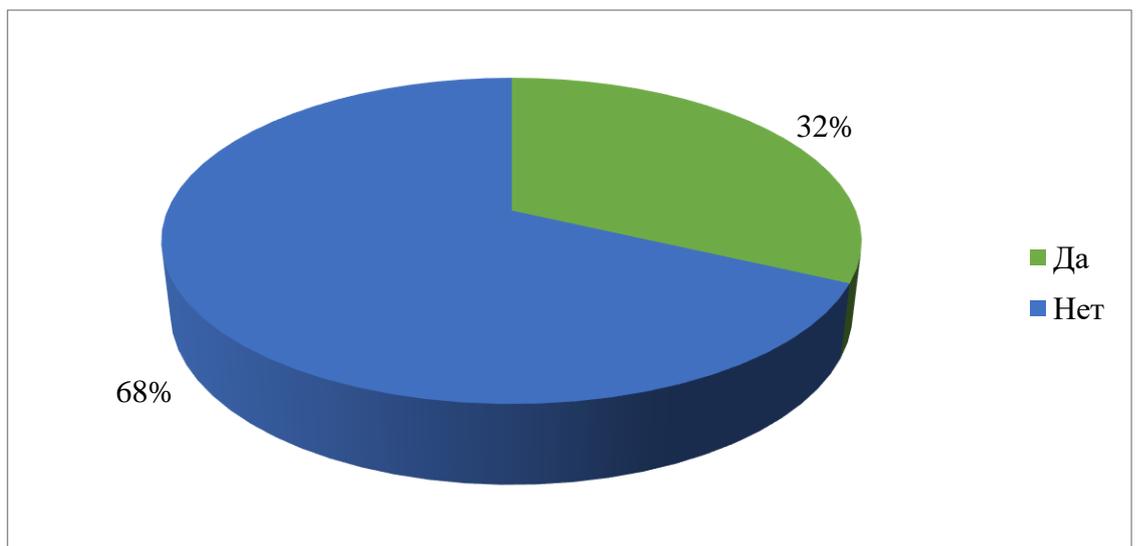


Рис. 9. Наличие избыточной массы тела

Выявлено, что дополнительно пищу подсаливают 48%, не подсаливают — 36%, употребляют малосолёную пищу — 16% (рис.10).

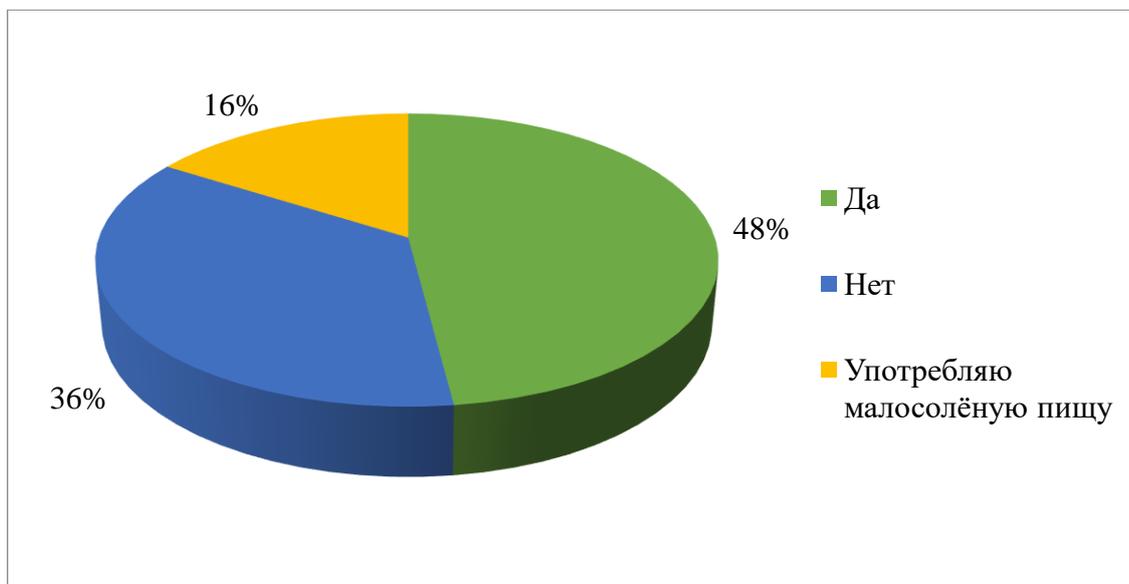


Рис. 10. Дополнительное подсаливание пищи

Из опроса про отношение к вредным привычкам, таким, как употребление спиртных напитков было установлено, что спиртные напитки употребляют – 28%, не употребляют – 40%, и делают это «в меру» – 32% (рис. 11).

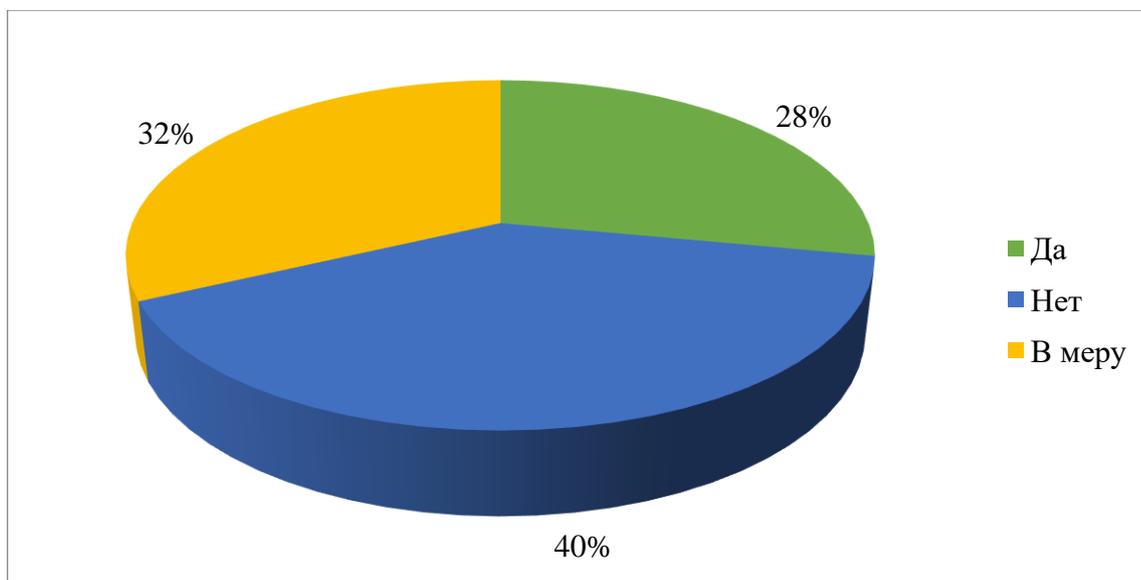


Рис. 11. Употребление спиртных напитков

На вопрос, «Как часто Вы употребляете молочные продукты, овощи и фрукты?» респонденты распределились следующим образом: ответ «часто» отметили 28%, «редко» - 28%, «иногда» - 44% (рис. 12).

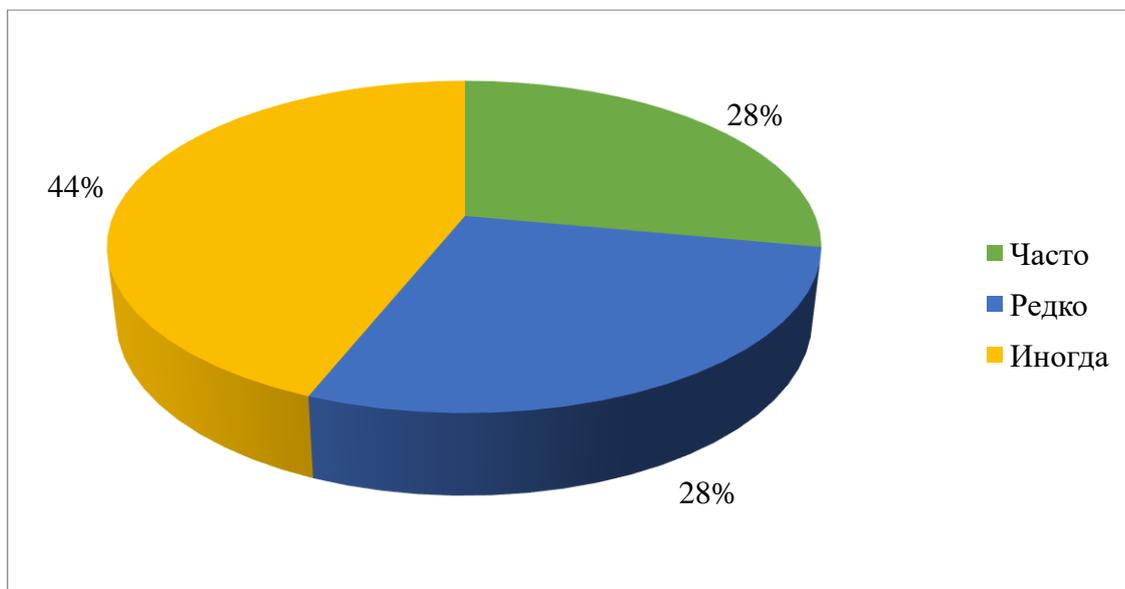


Рис. 12. Употребление молочных продуктов, овощей и фруктов

На вопрос, «Следите ли Вы за тем, чтобы ваш организм не переохлаждался?» респонденты распределились таким образом, положительно ответили - 28%, нет ответили 40%, иногда 28%, другое — 4% (рис. 13).

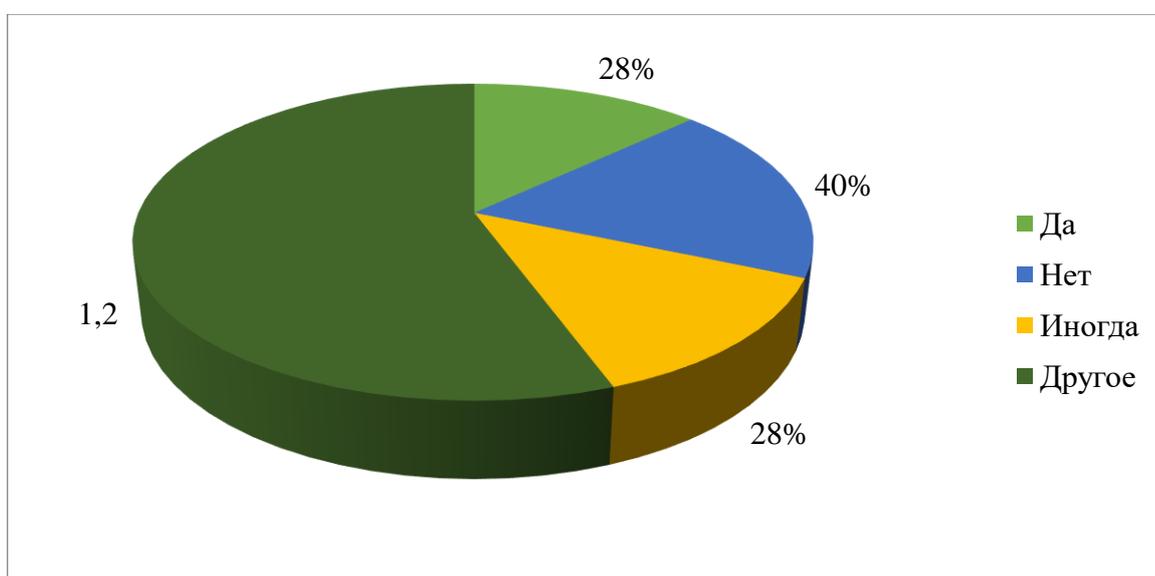


Рис. 13. Контроль за переохлаждением организма

На вопрос «Как часто Вы опорожняете мочевой пузырь?» респонденты распределились следующим образом, ответ «3-4 раза в день» отметили 44%, «5-6 раз в день» - 36%, «7-8 раз в день» - 16%, «другое» - 4% (рис. 14).

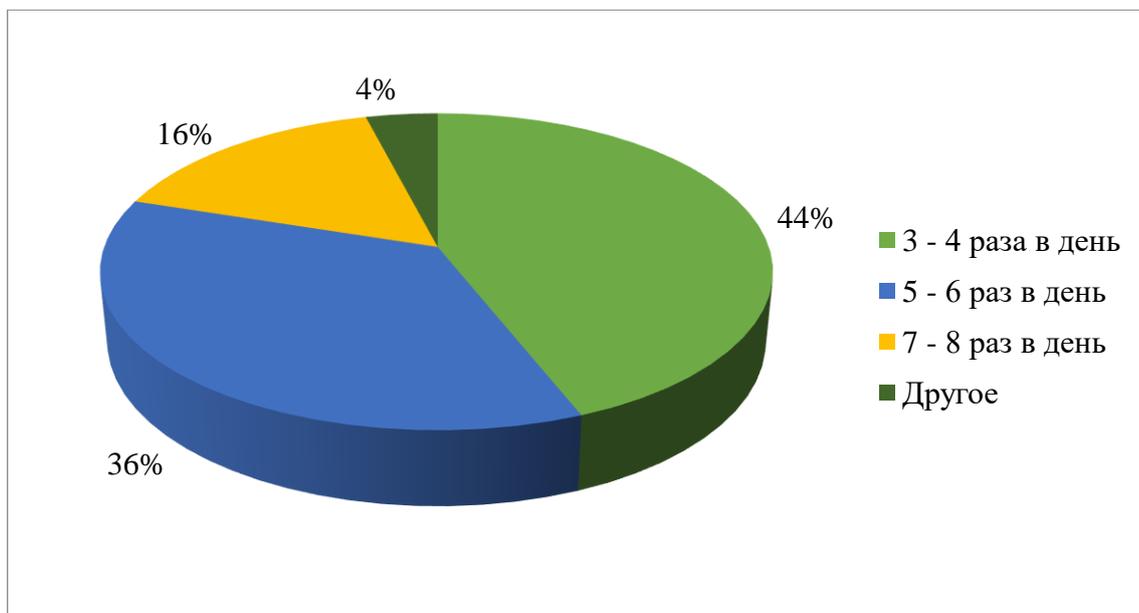


Рис. 14. Опорожнение мочевого пузыря

На вопрос «Как часто вы проходите обследование почек?» респонденты распределились следующим образом, 1 раз в год обследование почек проходят 24%, как придется — 28%, во время диспансеризации 24%, очень редко 24% (рис. 15).

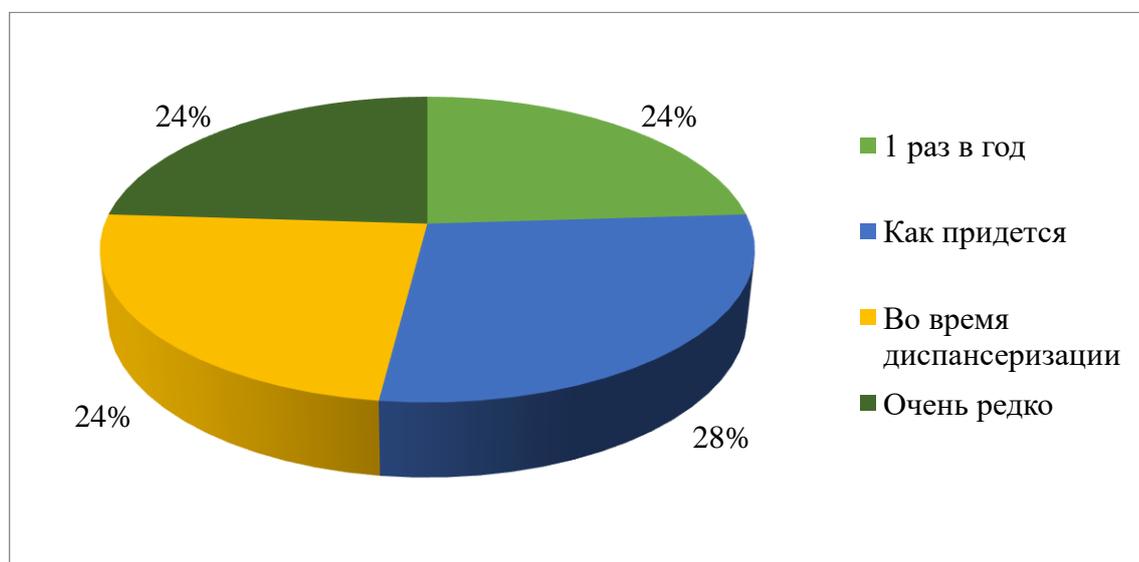


Рис. 15. Обследование почек

Ангиной и другими инфекционными заболеваниями болеют часто 20% респондентов, редко 44%, ответ «иногда» отметили 36% респондентов (рис. 16).

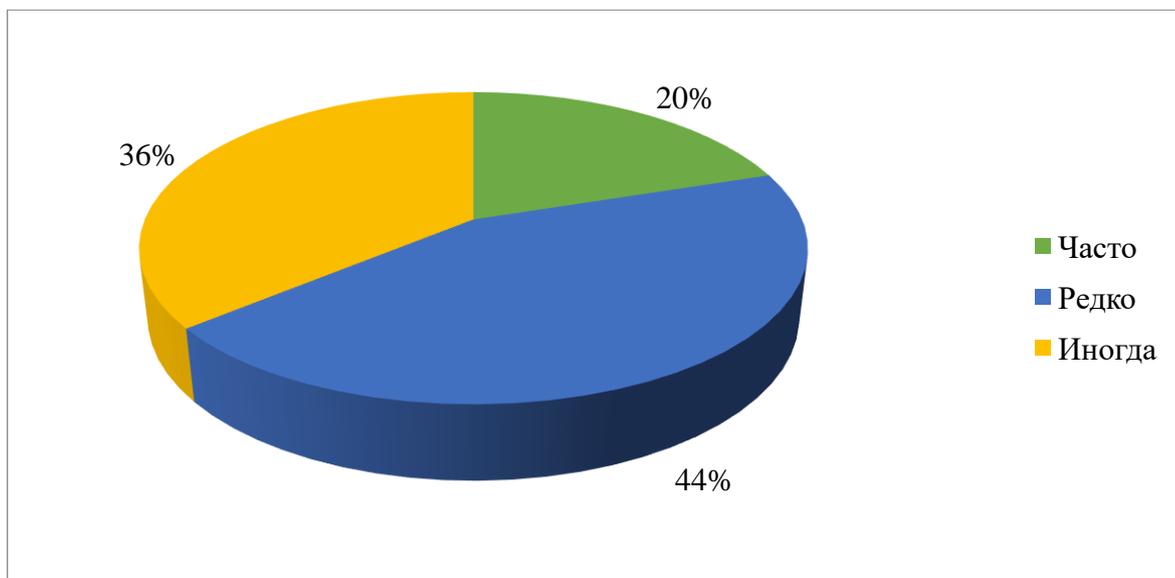


Рис. 16. Наличие в анамнезе ангины и других инфекционных заболеваний

По результатам исследования о профилактике пиелонефрита знают 28% респондентов, не знают — 56%, что-то слышал(а) — 16% (рис. 17).

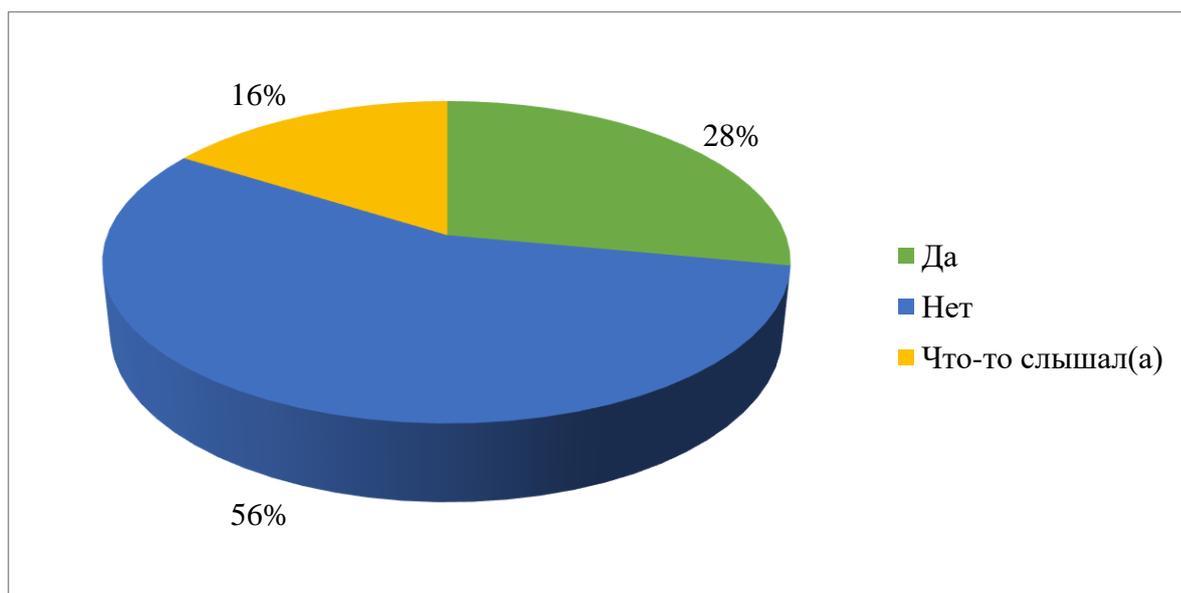


Рис. 17. Знание о профилактике пиелонефрита

На вопрос, «Какую дополнительную информацию Вы бы хотели получить?» респонденты отметили следующие ответы: о причинах пиелонефрита — 28%; о факторах риска — 32%; о профилактике заболевания — 24%; о правильном питании при заболевании — 12%; другое отметили 4% респондента (рис. 18).

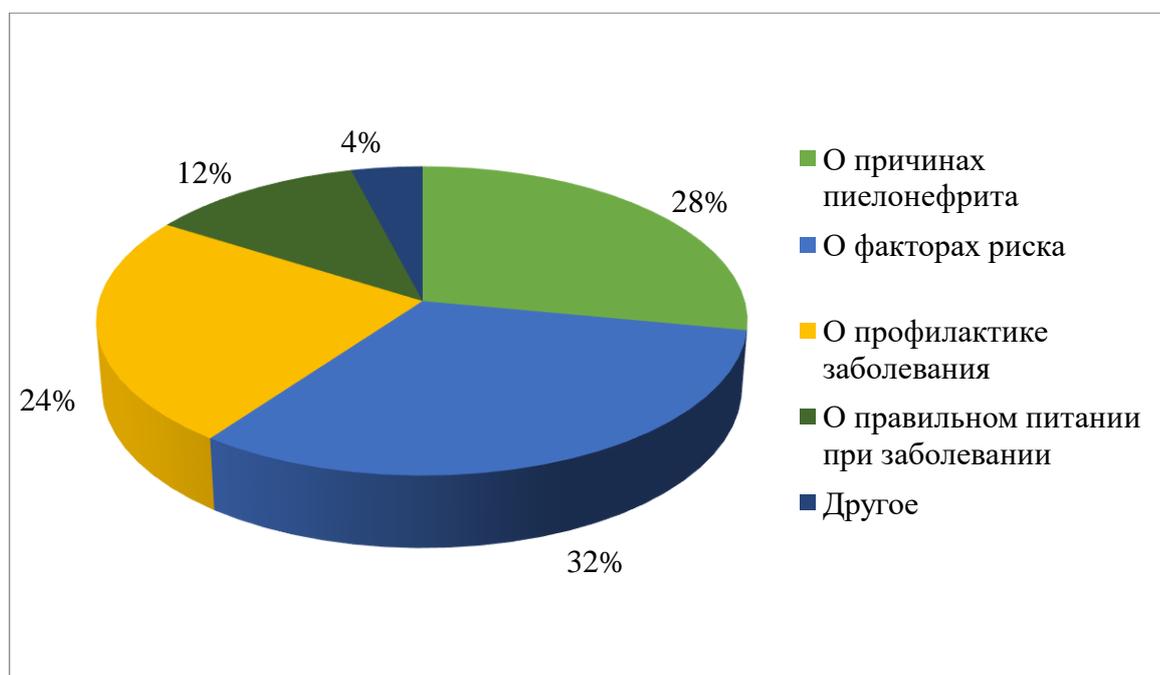


Рис. 18. Дополнительная информация

Выводы:

1. С целью изучения уровня знаний населения о профилактике пиелонефрита было опрошено 50 человек г. Белгорода;

2. Из анкетирования было установлено, что 32 % опрошенных подвержены факторам риска, примерно 24 % из них относятся к возрастной группе 19-29 лет, а 16% уже имеют данное заболевание;

3. Данные показывают, что население г. Белгорода мало информировано о профилактике пиелонефрита. Таким образом, из участников нашего опроса 56 % не знают о профилактике пиелонефрита, а 16 % «что-то слышали о таком заболевании». К сожалению, этот показатель не означает, что болезнь так мало распространена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита заключается в соблюдении постельного или полупостельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением; ежедневное измерение пульса, АД, количества выпитой и выделенной жидкости; выявление признаков осложнений - развитие почечной недостаточности, информирование об этом врача; контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов; обучение пациента или его родителей навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение пульса, АД, величины диуреза; раннее выявление и лечение острых инфекционных заболеваний (ангина, острые респираторные заболевания и др.), санация хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы и др.); информирование о способах профилактики обострения пиелонефрита.

Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья человека включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические мероприятия. При заболеваниях мочевыделительной системы профилактика направлена на общее оздоровление человека, а значит на исключение факторов, способствующих возникновению инфекций мочевыводящих путей.

Патология почек и мочевых путей ежегодно приводит к смерти примерно 850 000 человек, занимая 12 место среди причин смерти и 17 место, как причина утраты трудоспособности. В последнее десятилетие просматривается четкая тенденция к росту числа и «омоложения» пиелонефрита. До настоящего времени лечение данного заболевания остается одной из основных проблем урологии, так как пиелонефрит, особенно его обструктивные формы, сопровождается утратой трудоспособности и значительным негативным влиянием на качество жизни больных трудоспособного возраста [5, с.109].

Однако по данным лабораторной диагностики не всегда можно заподозрить пиелонефрит. Латентная фаза хронического пиелонефрита не отличается наличием ярких симптомов заболевания и протекает обычно бессимптомно, при этом анамнестические сведения имеют значение в распознавании хронического пиелонефрита. Но нередко течение пиелонефрита возможно и без активной фазы воспаления, что значительно затрудняет диагностику.

Ведущей проблемой ухода при хроническом пиелонефрите является дефицит знаний у пациента о своем заболевании, о факторах риска обострений, о возможном неблагоприятном исходе заболевания и мерах его предотвращения [4, с.87].

Профилактическое лечение пиелонефрита основывается на рекомендациях медицинской сестры. Медицинская сестра участвует в профилактических осмотрах, проводя целый ряд измерений (термометрию, измерение артериального давления, и др.), готовит медицинскую документацию, организует при необходимости активное посещение и обследование пациента на дому [2, с.12].

Медицинской сестре необходимо доводить до пациента доступным понятным языком элементы лечения, методы диагностики и профилактики, давать разъяснения пациенту о необходимости введения антибиотиков и приема других лекарственных препаратов, осуществление контроля эффективности проводимого лечения и ухода. Так же медсестра должна сформировать правильное понятие о питании и соблюдение водного баланса.

Цель сестринского ухода состоит в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента, способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнений. При правильной организации сестринского ухода выздоровление больного наступает в установленные сроки.

Выводы:

1. Впервые, Авиценна (980 – 1037) в своем труде «Канон врачебной науки» большое внимание уделяет диагностике и лечению заболеваний почек. Также, большой вклад в развитие нефрологии внес Е.М. Тареев (1895-1986). На протяжении десятилетий он изучал это заболевание. Значительный прогресс в развитии нефрологии во второй половине XX века обусловлен успешным применением для исследования патологии почек иммунологических, биохимических, генетических методов, биопсии почек, что позволило изучить, в том числе и в динамике, функционально-структурные особенности патологически изменений;

2. Специфического возбудителя пиелонефрита не существует. *Escherichia coli* инициирует более 80% случаев острого пиелонефрита у больных без нарушений уродинамики, а *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.* и *Klebsiella spp.* чаще встречаются у пациентов с ретенционно-обструктивными процессами в почках и верхних мочевых путях. Большое значение в развитие болезни играют предрасполагающие факторы;

3. Проблемы пациента заключаются в триаде симптомов: повышение температуры, боль в пояснице, расстройство мочеиспускания. И чем раньше обратиться пациент за помощью, тем успешнее будет лечение;

4.Профилактика пиелонефрита сводится к санации очагов латентной инфекции, соблюдение гигиенических мероприятий, своевременное устранение механических препятствие на пути оттока мочи, способствующие развитию острого пиелонефрита.

5. С целью изучения уровня знаний населения о профилактике пиелонефрита было опрошено 50 человек г. Белгорода. Из анкетирования было установлено, что 32 % опрошенных подвержены факторам риска, примерно 24 % из них относятся к возрастной группе 19-29 лет, а 16% уже имеют данное заболевание;

Данные показывают, что население г.Белгорода мало информировано о профилактике пиелонефрита.

Рекомендации:

- 1.Избегание переохлаждения организма;
- 2.Повышение суточного количества употребляемой жидкости. Для взрослых — до 2 л, для детей — до 1,5 л. Особое внимание стоит уделить цитрусовым сокам. Связано это с тем, что кислота, содержащаяся в них, способствует борьбе с бактериями;
- 3.Соблюдение определенного питания. В обязательном порядке требуется исключить из рациона всю жареную, жирную, острую и печеную пищу, хлеб. Кроме того, стоит сильно сократить количество употребляемой соли, так как она задерживает воду;
4. Соблюдение правильной гигиены наружных частей половых органов.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Особое внимание следует уделить внедрению неспецифической профилактики острого пиелонефрита в практике здравоохранения, для этого необходимо ввести Всемирный день профилактики пиелонефрита, чтобы привлечь внимание общества к данному заболеванию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев, Ю. Г. Урология: Российские клинические рекомендации [Текст]/ Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко, Д. Ю.Пушкарев. - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 642 с.
2. Аляев, Ю.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острого пиелонефрита [Текст]: XIV конгресс Российского общества урологов. Саратов, Россия, 10-12 сентября 2015 г./ под. ред. Ю.Г. Аляева. - Саратов, 2014. – 12 сент.
3. Архипов, В. Е., Сигитова, О. Н., Богданова, А. Р. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины [Текст] / В.Е. Архипов, О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова. - Москва: ГЭОТАР — Медиа, 2017. – 954 с.
4. Будылев, С.А., Селиванов, А.Н., Горелик, С.Г. Анализ клинических особенностей течения пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / С. А. Будылев, А. Н. Селиванов С. Г. Горелик [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 10 (часть 10) – 1860 с.
5. Васильева, Е. К. Болезни почек: быть или не быть [Текст]: справочник / Е. Васильева. - Москва: СПб: Невский проспект, 2016. - 124 с.
6. Возианов, А. Ф. Болезни почек, мочевыводящих путей и половых органов у мужчин [Текст]: рецептурный справочник врача. / А. Ф. Возианов, С. П. Пасечников [и др.]. – Москва: Здоровье, 2017. – 540 с.
7. Глыбочко, П. В., Аляев, Ю. Г., Григорьева, Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению [Текст]: П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 148 с.
8. Дасаева, Л. А. Трудности выявления хронического пиелонефрита [Текст] / Л.А. Дасаева. - Спб., 2015. – 278 с.

9. Жареников, Н. В., Лопатинская, Н. В. Нефрология: история и современность [Текст] / Н.В. Жареников, Н.В. Лопатинская– Лань – 2015. – 272 с.
10. Лисова, А. С. Влияние факторов риска на возникновение и течение хронического пиелонефрита у лиц среднего возраста в профилактической деятельности [Текст] / А.С. Лисова – Саратов – 2015. – 484 с.
11. Лопаткин, Н. А. Рациональная фармакотерапия в урологии. [Текст]: руководство для практикующих врачей/ Н. А.Лопаткин– Москва, Латтера, 2016. – 824 с.
12. Обуховец, Т. П. Сестринское дело и сестринский уход (СПО) [Текст]: практикум с ил. / Т. П Обуховец – Ростов на Дону: Феникс, 2016. - 603 с.
13. Полинова, С. Г. Чем опасен пиелонефрит [Текст] / С. Г. Полинова // Наш Белгород. - 2016. - 2 декаб.
14. Свиридова, М. С. Ефремова, О. Г., Камышникова, Л. А. Распространенность хронической болезни почек I-III стадий в Белгородской области [Текст] / М.С. Свиридова, О.Г. Ефремова, Л.А. Камышникова: Научные ведомости. Серия: Медицина, Фармация - 2017: № 4 (147) – Выпуск 21. – 182 с.
15. Степчук, С.Н. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2016 год [Текст]: Медицинский информационно-аналитический центр / Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области/ под ред. М. А. Степчук – Белгород, - 2017. – 240 с.
16. Стяжкина, С. Н., Черненкова, М. Л., Кривенко, П. А., Гайлямова, Л. И. Течение и исходы беременности у женщин с хроническим пиелонефритом [Текст] / С. Н. Стяжкина, М. Л. Черненкова, П. А. Кривенко, Л. И. Гайлямова: Современные проблемы науки и образования: электрон. науч. Журн. – 2015. – 722 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Показатели анализа мочи

Показатели мочи	Норма	Возможные отклонения при пиелонефрите
Цвет	соломенно -желтая	красная (коричневая)
Прозрачность	прозрачная	мутная
Запах	нерезкий	резкий
рН	больше 4 и меньше 7	рН >7
Плотность	1.012 – 1.022 г/л	>1.030 г/л
Белок	отсутствует, до 0,033	0.5-1%
Глюкоза	отсутствует, до 0.8ммоль/л	>0,8ммоль/л
Кетоновые тела	отсутствуют	-
Билирубин	отсутствует	присутствует
Уробилиноген	5 – 10 мг/л	> 10мг/л
Гемоглобин	отсутствует	-
Эритроциты	до 3-х в поле зрения для женщин; единичные для мужчин	больше нормы
Лейкоциты	до 6-ти в поле зрения для женщин; до 3-х для мужчин	больше нормы
Эпителиальные клетки	до 10 в поле зрения	больше нормы
Цилиндры	отсутствуют, единичные гиалиновые	наличие зернистых, гиалиновые свыше 20/мл
Соли	отсутствуют	оксалаты в моче
Бактерии	отсутствуют	присутствуют (вид)

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! С целью изучения уровня знаний населения о профилактике пиелонефрита проводится анкетирование. Просим Вас ответить на данные вопросы (нужное подчеркнуть). Анкетирование проводится анонимно.

1. Укажите Ваш пол: *мужской, женский*
2. Укажите Ваш возраст: *до 18 лет, от 19 до 29, от 30 до 39, от 40 до 49, от 50 и старше*
3. Ваш социальный статус: *(студент(ка); рабочий (ая); служащий (ая); безработный (домохозяйка); пенсионер(ка))*
4. Место жительства: *город; село; поселок*
5. Были ли у Вас проблемы мочевыделительной системы? Вариант ответа: *да; часто; редко; нет*
6. Поддерживаетесь ли Вы питьевого режима (2 л жидкости в сутки для взрослых)? Вариант ответа: *да; нет; когда как; мне противопоказано*
7. Имеется ли у Вас избыточная масса тела? Вариант ответа: *да; нет*
8. Подсаливаете ли Вы дополнительно пищу? Вариант ответа: *да; нет; употребляю малосоленую пищу.*
9. Употребляете ли Вы спиртные напитки? Вариант ответа: *да; нет; в меру*
10. Как часто Вы употребляете молочные продукты, овощи и фрукты? Вариант ответа: *часто; редко; иногда*
11. Следите ли Вы за тем, чтобы ваш организм не переохлаждался? Вариант ответа: *да; нет; иногда; другое _____*
12. Как часто Вы опорожняете мочевой пузырь? Вариант ответа: *3- 4 раза в день; 5- 6 раз в день; 7 – 8 раз в день; другое _____*
13. Как часто проходите обследование почек (сдаете анализ мочи на исследование) Вариант ответов: *1 раз в год; как придется; во время диспансеризации; очень редко)*

14. Как часто вы болеете ангиной и другими инфекционными заболеваниями?

Вариант ответа: *часто; редко; иногда*

15. Знаете ли Вы профилактику пиелонефрита? Вариант ответа: *да; нет; что-то*

слышал (а)

16. Какую дополнительную информацию Вы бы хотели получить? Вариант

ответа: *о причинах пиелонефрита; о факторах риска; о профилактике заболевания; о правильном питании при заболевании; другое*

Спасибо за участие в опросе!