

Государственное бюджетное учреждение  
« Профессиональная образовательная организация»  
« Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

Реферат

На тему: Хронический гастрит. Сестринский уход при хроническом гастрите.

Автор проекта: Макарычева Виктория Денисовна  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

**Хронический гастрит** -- хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, носящее продолжительный, рецидивирующий характер. Результатом длительного течения воспалительного процесса становится дегенерация слизистой, патологические изменения ее структуры, атрофия клеточных элементов. Железы в подслизистой перестают функционировать и замещаются интерстициальной тканью. Если в начале заболевания снижение секреции и перистальтической активности желудка мало выражено, то на поздних стадиях хронического гастрита эти симптомы усиливаются.

### **Различают экзогенные и эндогенные факторы.**

#### 1. Экзогенные факторы:

- нарушения режима и качества питания, пища "в сухомятку", злоупотребление острой и жареной пищей, дефицит белка и витаминов в рационе, употребление пищевых добавок, нарушение ритма питания и др.
- злоупотребления алкогольными напитками, табакокурением;
- длительный прием лекарств, раздражающе влияющих на слизистую оболочку желудка (глюкокортикоиды, ацетилсалициловая кислота и др.)
- профессиональные вредности;
- инфицирование пилорическими хеликобактериями;
- нервно - психические стрессы;
- повторные острые гастриты;
- аллергия на отдельные продукты;
- экологические факторы: состояние атмосферы, наличие нитратов в пище, плохое качество питьевой воды и др.

#### 2. Эндогенные факторы:

- воспалительные заболевания органов брюшной полости;
- хронические инфекции в носоглотке;
- инфицирование пилорической хеликобактерией (НР);
- эндокринные заболевания;
- заболевания, при которых развивается тканевая гипоксия (ХСН, ХПН, хронические заболевания легких);
- паразитарные инфекции (в особенности лямблиоз)
- аутоинтоксикации;
- генетический и аллергический факторы;
- непереносимость определенных пищевых продуктов;
- медикаменты - нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ацетилсалициловая кислота, кортикостероиды и др.)

Патогенетической сутью хронического гастрита является: повреждение слизистой желудка хеликобактерией или другим этиологическим фактором, нарушение регуляции процессов ее регенерации, изменение регуляции желудочной секреции, расстройство микроциркуляции, моторной функции, иммунологические нарушения (характерны для атрофического и аутоиммунного гастрита).

### **Клиническая картина**

Для любой формы гастрита характерны основные синдромы.

Болевой синдром -- встречается у 80--90 % пациентов с хроническим гастритом. Обычно боль локализуется в эпигастральной области.

Желудочная диспепсия -- постоянный синдром гастрита. Симптомы: нарушения аппетита, отрыжка, изжога, тошнота, иногда рвота, чувство дискомфорта в животе после еды.

Нарушения общего состояния -- снижение массы тела, гиповитаминоз, изменения со стороны печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Каждый вид гастрита имеет различную симптоматику:

1. Фундальный (аутоиммунный) гастрит. Встречается чаще у людей зрелого и пожилого возраста, характеризуется первичной атрофией слизистой оболочки и секреторной недостаточностью. Жалобы на тупые распирающие боли в подложечной области сразу после приема пищи, быстрое насыщение, резко сниженный аппетит, неприятный вкус во рту. Отрыжка у пациентов с запахом тухлого яйца после белковой пищи, изжога -- после употребления углеводистой пищи. Частые симптомы: урчание и вздутие живота, поносы. Язык обложен. Плохая переносимость молока. Масса тела снижена, кожа сухая, бледная (развивается В12- дефицитная анемия). Появляются симптомы гепатита, холецистита, колита, панкреатита. ОАК -- признаки анемии. При исследовании желудочной секреции -- анацидное или гипоацидное состояние. При рентгеноскопии - складки слизистой оболочки истончены.

2. Антральный гастрит (тип В). В основном он ассоциирован с пилорической хеликобактерией, сопровождается гипертрофией слизистой оболочки и повышенной (или нормальной) желудочной секрецией. Чаще встречается у молодых. Жалобы на изжогу после кислой пищи, отрыжку кислым, запоры, иногда рвоту. Боли появляются через 1--1,5 часа после еды, возможны «голодные» -- ночные боли, стихающие после приема пищи. Аппетит снижается только при обострении, вне обострения он нормален или повышен. Общее состояние и масса тела нарушаются. Язык обложен, пальпация эпигастральной области болезненна. Исследование желудочной секреции

выявляет повышенную кислотность (особенно -- стимулированную). Рентгенологически выявляется утолщение складок слизистой оболочки желудка и признаки гиперсекреции.

3. Гастрит типа С является хроническим, при этом происходит постоянный заброс содержимого кишечника в желудок. Это служит поводом для развития дистрофического и некробиотического изменения слизистых пищеварительного органа. Следует отметить, что клинические проявления заболевания не всегда соответствуют степени поражения. В некоторых случаях заболевание не проявляется никакой симптоматикой. Общими проявлениями рефлюкс - гастрита являются:

- резкая потеря веса;
- тошнота и рвота с примесями желчи;
- тяжесть в желудке независимо от приема пищи;
- горечь во рту, неприятный привкус;
- поносы, сменяющиеся запорами;
- вздутие.

**Основными задачами медицинской сестры при уходе за пациентом с заболеванием хронический гастрит являются:**

- контроль над соблюдением постельного или полупостельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением;
- обеспечение достаточного отдыха и сна;
- ограничение физической активности;
- выявление признаков осложнений - язвы, кровотечения, информирование об этом врача;
- наблюдение за пациентом с использованием различных методик оценки его состояния;
- предоставление врачу достоверной информации об эффективности назначенного им лечения;
- подготовка пациента к различным методам исследования;
- проследить за строгим выполнением установленного диетического режима;
- объяснить родственникам о необходимости приносить передачи в соответствии с диетой;
- контролировать физиологические отправления;
- по назначению врача вводить лекарства для снятия боли;
- рассказать пациенту о мероприятиях профилактики, эффективность которых зависит и от усилий пациента;
- обучение пациента или его родственников навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение пульса, АД, режима питания.

Медсестра должна уметь правильно подготовить пациента к различным методам исследования, так как каждый из них имеет ряд своих особенностей:

## Подготовка к фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)

### Показания:

— заболевания желудка и 12-п. кишки, циррозы печени.

### Противопоказания:

- сужение пищевода или кардиального отдела желудка (опухоль, стеноз);
- дивертикулы пищевода;
- патологические процессы в средостении, смещающие пищевод (аневризма аорты, увеличенное левое предсердие);
- выраженный кифосколиоз.

### Оснащение:

Полотенце, р-р лидокаина (или аналоги), набор для неотложной помощи при анафилактическом шоке, карта стационарного больного или направление (в амбулаторных условиях)

Государственное бюджетное учреждение  
« Профессиональная образовательная организация»  
« Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

Реферат

На тему: Хронический холецистит. Сестринский уход при хроническом  
холецистите.

Автор проекта: Макарычева Виктория Денисовна  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

Холецистит (от греч. члЮ - жёлчь, кэуфйт - пузырь) - острое воспаление желчного пузыря - одного из наиболее частых осложнений калькулезного холецистита. Основные принципы развития острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушения оттока желчи.

Холецистит происходит по причине образования камней в желчном пузыре. Это приводит к застою желчи и заражению кишечной микрофлоры. Периодически возникающие и проходящие воспаления приводят к изменению стенки желчного пузыря с развитием в нем хронического воспалительного процесса (хронический калькулезный холецистит).

Возбудителями заболевания в большинстве случаев являются микробы (кишечная палочка, стрептококки, энтерококки, стафилококки), которые попадают в желчный пузырь из кишечника по желчевыводящим протокам. Возникновению и развитию заболевания способствуют: гастрит (снижается секреторная активность желудка), желчнокаменная болезнь (нарушается отток желчи), дискинезия (нарушение двигательной активности желчного пузыря и желчевыводящих путей) и т.д.

Попадание микробов в желчный пузырь может происходить не только через кишечник, но и с током крови или лимфы.

К предрасполагающим факторам относятся:

- заболевания органов желудочно-кишечного тракта;
- наличие паразитов (лямблий, аскарид);
- травмы желчного пузыря и печени;
- наличие очагов хронической инфекции;
- нарушения иммунного статуса;
- частые запоры;
- нерегулярное питание;
- частые переедания;
- малоподвижный образ жизни;
- беременность;

Хронический холецистит: проявляется тошнотой, тупой болью в правом подреберье и другими неприятными ощущениями, возникающими после еды. В диагностике холецистита важную роль играют данные лабораторных исследований и холецистохолангиография.

Наиболее грозным осложнением калькулезного холецистита является печёночная колика. Если в желчевыводящие пути попадает некрупный (менее 1 см), камень, препятствует нормальному оттоку желчи, то в кровь поступают желчные пигменты и развивается подпечёночная желтуха. Симптомы колики очень похожи на начало острого холецистита. Тем не менее, болевой синдром при печёночной колике более выражен и возникает, как правило, ночью или рано утром.

Спустя некоторое время проявляется симптоматика желтухи: происходит пожелтение склер и кожи - появляется своеобразный лимонно-жёлтый цвет,

моча темнеет и становится похожа на пиво, а кал заметно светлеет, вплоть до белизны.

Больные в таком состоянии подлежат экстренной госпитализации.

Хронический бескаменный холецистит - это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями. Хронический холецистит рассматривают как физико-химическую стадию холестеринового калькулеза, при которой необходимо назначать превентивную терапию с целью предотвращения образования истинных камней. Однако у многих больных, страдающих хроническим бескаменным холециститом, желчнокаменная болезнь в последующем не развивается. Этиологические факторы, приводящие к развитию хронического холецистита, можно разделить на основные и дополнительные. Среди основных факторов выделяют: инфекцию (кишечная палочка, кокки, иногда другие микробные факторы); проникновение патогенной флоры в желчный пузырь из кишечника, а также гематогенным и лимфогенным путем из любого очага хронического воспаления (пародонтоз, хронический тонзиллит, пиелит, аппендицит, правосторонний аднексит и др.); заболевания гепатохоледоходуоденопанкреатической зоны (хронический панкреатит вследствие несостоятельности или повышенного тонуса сфинктера Одди), клостридиевый кишечный дисбактериоз.

Холецистит калькулезный хронический - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сопровождающееся образованием в нем камней. Другое название калькулезного холецистита - желчнокаменная болезнь. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) - заболевание обусловленное наличием конкрементов в желчном пузыре. Встречается ЖКБ достаточно часто. Обычно от нее страдают люди взрослые, особенно женщины с избыточной массой тела. У мужчин заболевание встречается в 3-5 раз реже.

**Осложнение хронического холецистита:**

- развитие хронического воспаления желчных протоков (холангит)
- перфорация стенки желчного пузыря
- гнойное воспаление пузыря (эмпиема)
- реактивный гепатит.

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ** - антибактериальная терапия с учетом вида микрофлоры в желчи и тяжести воспалительной реакции 7-10 дней с последующим подключением желчегонных средств и фитотерапии.

В фазе затухающего обострения и нестойкой ремиссии рекомендуется применение физиотерапии на область желчного пузыря: УВЧ, СВЧ, электрофорез лекарственных веществ, сульфата магния, новокаина, но-шпы, никотиновой кислоты и др.

Используется и ультразвуковая терапия, оказывающая выраженное противовоспалительное действие, особенно при длительном многолетнем течении заболевания.

Все методы физиотерапии назначаются курсом лечения 10-15 процедур через день или 2 дня подряд с перерывом на 3 день.

#### Показания к госпитализации

Неотложные – печеночная колика, подозрения на острый холецистит, внезапно появившаяся желтуха.

Плановые – обострение хронического холецистита, не купирующиеся 3-5 дневным курсом амбулаторного лечения; необходимость в углубленном обследовании и дифференцированном лечении.

Продолжительность временной нетрудоспособности при легкой форме обострения составляет в среднем 5-7 дней. При обострении средней тяжести – 18-20 дней, при тяжелом затянувшемся обострении с наличием сопутствующих заболеваний 30-35 дней, после холецистэктомии – 40-60 дней.

В период ремиссии заболевания целесообразно провести санаторное лечение (Ессентуки, Пятигорск, Железноводск и другие). Грязелечение с использованием различных вариантов его лечебных методик, в том числе - и электрогрязелечебных процедур.

Противопоказания к санаторно-курортному лечению при заболеваниях ЖКБ – частые и затяжные обострения, повторные приступы печеночной колики, появление желтухи.

После оперативного вмешательства на желчных путях при удовлетворительном состоянии и окрепшем послеоперационном рубле возможно направление в местные санатории (не ранее чем через месяц) и на курорты (через 2 месяца).

#### Роль медсестры:

Проводить пропаганду здорового образа жизни среди населения с целью профилактики заболевания (борьба с гиподинамией, вредными привычками, переизбытком и т.д.).

Работа с пациентами по выполнению ими предписаний врача.

Следить за соблюдением пациентами диеты №5(см выше).

Грамотно оказать доврачебную помощь при приступах желчной колики (см алгоритм мед.

помощи при остром животе: холод, голод, покой, вызвать врача, приготовить лекарственные препараты (см выше), которые вводить только по назначению врача.

Грамотно осуществлять уход при возможных проблемах пациента (рвоте, тошноте и т.д.)

Государственное бюджетное учреждение  
« Профессиональная образовательная организация»  
« Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

## Реферат

На тему: Хронический пиелонефрит. Сестринский уход при хроническом пиелонефрите. Диета

Автор проекта: Макарычева Виктория Денисовна  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

**Пиелонефрит** – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным поражением чашечно-лоханной системы, с вовлечением в процесс межуточной ткани почек, с повреждением канальцевой системы.

В последующем в процесс вовлекаются кровеносные сосуды и клубочки, происходит гибель клубочков – гломерулосклероз, а затем развивается хроническая почечная недостаточность.

Хронический пиелонефрит протекает с периодами ремиссии и рецидивами.

В период обострения клинические проявления хронического пиелонефрита напоминают клинику острого пиелонефрита.

Для хронического пиелонефрита характерен синдром артериальной гипертензии

Объективный осмотр:

- Сухой обложенный язык, повышенная влажность кожных покровов.
- повышение температуры тела, повышение АД
- симптом поколачивания по поясничной области положительный на стороне поражения (резкая болезненность).
- Отмечается мутная моча.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Исследования мочи:

- общий анализ мочи (белок 0, 033 0 / 00 промили), лейкоциты более 10-15 в поле зрения или сплошь покрывают поле зрения, бактериурия
- проба Нечипоренко увеличивается количество лейкоцитов в 1 мл мочи: более 2000),
- проба Зимницкого снижается относительная плотность мочи во всех порциях,
- проба Реберга - определение скорости клубочковой фильтрации (в норме –80-120 мл в минуту)
- посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Исследования крови:

- Клинический анализ: лейкоцитоз и ускоренное СОЭ.

Инструментальные методы:

- УЗИ почек, обзорный снимок почек, внутривенная урография – выявление деформации чашечно-лоханочной системы.
- радиоизотопная ренография.

## Сестринский уход:

- Контроль за соблюдением постельного режима, (на период лихорадки).
- Контроль за соблюдением диеты № 7и рекомендации по диетотерапии:
- исключить: алкогольные напитки, чай, кофе, шоколад, острую пищу;
- применение натуральных фруктовых соков, фруктов, овощ
- употребление жидкости до 2-3 л в сутки: клюквенный, брусничный морс, почечный чай, настой листьев толокнянки, брусники, и др.
- Контроль артериального давления, характеристик пульса, частоты дыхательных движений, цвета кожных покровов, цвета мочи
- Осуществлять уход за кожей (выполнять гигиенические мероприятия) и туалет промежности.
- Смена нательного и постельного белья
- Обучить пациента правилам личной гигиены (уход за промежностью)
- Подготовить пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования
- Дать рекомендации пациенту:
  1. сухое тепло на поясничную область (шерстяной платок),
  2. не носить тугую стесняющую одежду
- Выполнение врачебных назначений
- Осуществлять инфекционную безопасность пациента.

### Диета №7

Диета №7 применяется при таких заболеваниях: в фазе восстановления после острого гломерулонефрита или обострения хронического, при пиелонефрите. В то же время стол номер 7 не подходит пациентам с почечной недостаточностью. В острую фазу гломерулонефрита диета №7 также не показана. Однако, в большинстве случаев, острый нефрит переходит в хроническую форму и тогда рацион №7 должен быть назначен. Но, в первую очередь, при гломерулонефрите стол №7 назначается после месяца от начала заболеваний, когда воспалительный процесс идет на спад.

В начале терапии больному показаны несколько дней голодания, в которые разрешено пить только воду (300 мл/день). После этого применяется стол 7а, затем 7б, 7в или другие рационы по Певзнеру (зависит от состояния пациента).

Такой рацион питания улучшает работу почек, помогая им выводить токсины, которые накопились в результате нарушения процессов образования и выведения мочи. В результате таких мер уменьшаются отеки, восстанавливается кровообращение и улучшается выделительная функция почек.

Рацион сильно ограничивает количество соли и воды, что обеспечивает максимальный покой почкам. Больной на седьмой диете должен пить в сутки

не более литра воды. Допустимая норма соли должна устанавливаться врачом на основе анализов. Кроме этого, ограничиваются жиры и белки, чтобы не допускать накопления азотистых “шлаков”, которые образуются в результате переваривания белковой, жирной пищи.

Исключаются продукты с содержанием экстрактивных веществ. Эти вещества возбуждающе влияют на органы пищеварения и почки, провоцируют накопление мочевой кислоты в крови. Больше всего этих компонентов содержится в грибах и мясе: птица, мясо, рыба. Когда работа почек не нарушена, продукты распада белка и жира беспрепятственно выводятся из организма, но когда имеет место заболевание (нефриты, мочекаменная болезнь, почечная недостаточность и т.д.) они накапливаются в крови. Это приводит к отекам, интоксикации, которая нарушает работу внутренних органов, прежде всего головного мозга.

Диета 7 полностью не исключает мясо и рыбу, их можно есть, но только после тщательной термической обработки. Сначала их нужно отварить, а после этого приготовить любым другим способом: отварить, тушить, печь. Примерно половина экстрактивных веществ выходит в бульон, его есть нельзя, допустимы только легкие “вторые” бульоны и овощные отвары. Рыбу и мясо после варки можно использовать для диетического меню – до 150 г в день.

Помимо этого, запрещается щавелевая кислота. Она также вызывает осложнения и может стать причиной обострений. Содержится, в основном, в продуктах зеленого цвета, шоколаде, шпинате, ревене, малине, крыжовнике и др.

Прием пищи на диете должен происходить дробно, минимум четыре раза в день. Дополнительная механическая обработка блюд (измельчение) не обязательна. Готовить можно любым способом (жареное желателно употреблять умеренно). Температура подачи блюд не устанавливается: можно холодные напитки, горячие супы и второе.

### **СТОЛ №7А**

Диету 7а назначают после «голодных» дней в период обострения, на третий или четвертый день. До диеты больной пьет только воду в ограниченном количестве. Применяют этот стол для лечения тяжелой формы острого и хронического нефрита. Задача лечебного рациона состоит в щажении почек, выведении вредных веществ, избавление от отеков.

Больному прописывается преимущественно вегетарианское питание, исключаются те виды овощей, зелени и фруктов, которые противопоказаны для стола №7. Соль полностью исключается, сильно ограничиваются белки. Важно отслеживать количество потребляемой и выделенной жидкости, потому что по этим измерениям доктор определит питьевой режим. Это примерно 400 мл воды, учитываются чай, соки, супы.

Мяса и рыбы допускается не более 70 г в день, в вареном и дополнительно обработанном виде. Разрешены только нежирные сорта (телятина, грудка курицы, индейка, кролик). Кисломолочная и молочная продукция разрешена

к употреблению в объеме 70 г, но только в этот день исключен любой другой белковый продукт (мясо, птица или рыба). Также разрешено только пол яйца в день, лучше брать исключительно белки.

Из круп разрешен рис (ограничено) и саго. Категорически запрещены бобовые и жирные бульоны. Из напитков можно пить натуральные соки, слабые чаи и отвары.

### ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ МЕНЮ НА ДЕНЬ ДЛЯ СТОЛА 7А

На утро: морковные зразы, спелое тертое яблоко, чашка чая. Перекус: ягодный кисель, курага.

В обед: овощной вегетарианский бульон, немного сметаны, бессолевая лепешка.

Перекус: желе из черной смородины.

Вечером: капуста тушенная с томатной пастой, картофельный драник.

На ночь: напиток из шиповника.

### СТОЛ №7Б

Этот вариант применяют, если нефрит протекает в легкой форме или после стола 7а. Цель рациона та же: обеспечить почкам покой, уменьшить отеки, улучшить выделительную функцию почек.

Стол 7б отличается от предыдущей диеты только количеством допустимого белка. В день можно съесть 125 г рыбного филе или мяса, или же заменить мясные блюда на молочные продукты в том же объеме. Также разрешается съесть одно яйцо или два белка без желтков. Потребляемая жидкость может быть увеличена до 1 л в сутки, но нужно отслеживать количество выпитой и выделенной жидкости (примерно должны совпадать). При нарушении баланса “выпито-выделено” обратиться к врачу.

В остальном правила диеты и список продуктов такие же, как и №7. Есть нужно понемногу, 4-6 раз, только разрешенные продукты без использования соли.

### СТОЛ №7В

После цикла седьмых диет пациент часто теряет с мочой большую часть белков. Учитывая то, что рацион сильно ограничивает этот компонент, организм ощущает его недостаток – нефропатию. Стол №7в может использоваться в комплексном лечении у беременных при развитии позднего гестоза и появлении нефропатии (обнаружении белка в моче). Диету 7в прописывают для восполнения недостающих компонентов питания. В результате этого лечения у пациента (или беременной) улучшается белковый обмен, уходят отеки, нормализуется работа почек.

Расширение рациона стола №7б будет происходить за счет увеличения белка. Основу питания составляет растительная пища (кроме запрещенных видов), без использования соли, по 125 г молочной или мясной продукции в день. Жидкости, с учетом первых блюд и напитков, должно быть примерно 800 мл. Ограничивается потребление сахара (50 г в сутки).

Правила диеты остаются неизменными: дробное питание, меньше жидкости, минимум соли, отказ от алкоголя. Несколько раз в неделю можно выпить

слабый натуральный кофе с молоком. В меню добавляются макароны и крупы (как в №7), морепродукты. Для беременных рацион может немного меняться в зависимости от состояния пациентки и плода.

Когда улучшается общее самочувствие и приходят в норму лабораторные и инструментальные анализы больного, назначается диета №7 или другое правильное питание.

### **СТОЛ №7Г**

Диета №7Г – это специализированное лечебное питания для пациентов с почечной недостаточностью, которые находятся на аппарате гемодиализа (“искусственная почка”). Задача лечебного питания обеспечить больному полноценный рацион (2500 ккал и более), учитывая почечную недостаточность.

По химическому составу диета полностью сбалансирована, присутствуют углеводы, белки (60 г) и жиры. Последние должны на 70% быть животными. Ограничиваются продукты с эфирными маслами, экстрактивными веществами, калием: черешня, смородина, бананы, крупы. Соль не используют. Если долгое время не наблюдается отеков и скачков артериального давления, больному разрешается до 3 г соли.

Необходимые компоненты и аминокислоты должны поступать из мяса, рыбы (по 125 г в сутки) и растительной пищи. Молочную продукцию ограничивают. Совмещать молоко с мясом и рыбой в один день не рекомендуется.

Объем первого блюда не должен превышать 250 мл. Исключают наваристые бульоны. Иногда можно готовить молочные супы, первое с крупой можно есть до 3 раз в неделю. Преимущественно готовят овощные бульоны, борщи и супы. В день разрешено съесть до 3 штук куриных яиц (желательно только всмятку).

Полностью исключают: какао, консервы, соленья и копчености, шоколад, кондитерские изделия с кремом, острое и жирное, сыры и бобовые.

Весь цикл седьмых диет по Певзнеру не рекомендуется часто использовать здоровым людям. Поскольку такой рацион не считается полноценным, недостаточен по количеству белка, он может вызывать у практически здоровых людей нарушение деятельности всего организма (гормональные нарушения, снижение иммунитета, изменения печени, нарушение всасываемости витаминов и минералов, и т.д.). Периодически допускается профилактика нефрита в фазе ремиссии с помощью стола номер 7, но курс не должен длиться более 2 недель.

Любой вариант седьмой диеты требует внимательности и ответственности со стороны больного. Если есть сомнения по поводу какого-то конкретного продукта (можно или нельзя), лучше всего поинтересоваться у доктора. Продукты и товары без указанного состава на этикетке не рекомендуется употреблять. Также лучше отказаться от экзотических овощей, зелени и фруктов.

Государственное бюджетное учреждение  
« Профессиональная образовательная организация»  
« Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

Реферат

На тему: Постгеморрагическая анемия. Рекомендации по профилактике

Автор проекта: Макарычева Виктория Денисовна  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

Постгеморрагическая анемия – комплекс клинических и гематологических изменений, возникающий вследствие острой или хронической кровопотери. Постгеморрагическая анемия характеризуется бледностью, одышкой, потемнением в глазах, головокружением, гипотермией, артериальной гипотонией; в тяжелых случаях — заторможенностью, нитевидным пульсом, шоком, потерей сознания. Постгеморрагическую анемию диагностируют по данным клинической картины и общего анализа крови; для установления источника кровотечения проводятся инструментальные исследования. При развитии данного состояния необходимо устранение источника кровопотери, проведение трансфузионной и симптоматической терапии.

### **Причины постгеморрагической анемии**

Непосредственной причиной постгеморрагической анемии выступает острая или хроническая потеря крови, возникшая вследствие наружного или внутреннего кровотечения. Острая постгеморрагическая анемия возникает при быстрых, массивных кровопотерях, вызванных обычно механическим повреждением стенок крупных кровеносных сосудов или полостей сердца при различных травмах и хирургических операциях, разрывом стенок сердечных камер в зоне инфаркта, разрывом аневризмы аорты и ветвей легочной артерии, разрывом селезенки, разрывом фаллопиевой трубы при внематочной беременности.

Острая постгеморрагическая анемия характерна для обильных маточных кровотечений (менорагий, метрорагий), может сопровождать течение язвы желудка и 12-перстной кишки. У новорожденных постгеморрагическая анемия может быть вызвана плацентарным кровотечением, родовой травмой.

Хроническая постгеморрагическая анемия обусловлена продолжительными, часто возникающими потерями небольших объемов крови при желудочно-кишечных, геморроидальных, почечных, носовых кровотечениях, нарушениях механизмов свертывания крови (ДВС-синдроме, гемофилии). Опухолевые процессы (рак желудка, рак толстой кишки), протекающие с разрушением тканей и органов, приводят к развитию внутреннего кровотечения и постгеморрагической анемии. Гипогемоглобинемия может быть связана с повышением проницаемости стенок капилляров при лейкозах, лучевой болезни, инфекционно-септических процессах, недостаточности витамина С.

### **Патогенез постгеморрагической анемии**

Основными факторами развития постгеморрагической анемии выступают явления сосудистой недостаточности, гиповолемия с уменьшением общего объема плазмы и циркулирующих форменных элементов, в частности, эритроцитов, осуществляющих транспорт кислорода. Этот процесс

сопровождается снижением артериального давления, кровенаполнения внутренних органов и тканей, гипоксемией, гипоксией и ишемией, развитием шока.

Степень выраженности защитно-приспособительных реакций организма определяется объемом, скоростью и источником кровотечения. В раннюю рефлекторно-сосудистую фазу компенсации кровопотери (первые сутки) благодаря возбуждению симпатико-адреналовой системы наблюдается вазоконстрикция и усиление сопротивления периферических сосудов, стабилизация гемодинамики за счет централизации кровообращения с первоочередным кровоснабжением головного мозга и сердца, уменьшение возврата крови к сердцу и сердечного выброса. Концентрация эритроцитов, Hb и гематокрит пока близки к норме («скрытая» анемия).

Вторая гидремическая фаза компенсации (2-3 сутки) сопровождается аутогемодилюцией — поступлением в кровеносное русло тканевой жидкости и восполнением объема плазмы. Усиление секреции катехоламинов и альдостерона надпочечниками, вазопрессина – гипоталамусом способствует стабильности уровня электролитов в плазме крови. Происходит прогрессирующее снижение показателей эритроцитов и Hb (общего и в единице объема), гематокрита; значение цветового показателя в норме (постгеморрагическая нормохромная анемия).

В третью, костномозговую фазу компенсации (4-5 сутки) из-за недостатка железа анемия становится гипохромной, усиливается образование эритропоэтина почками с активацией ретикулоэндотелиальной системы, эритропоэза костного мозга, очагов экстрамедуллярного кроветворения. В красном костном мозге наблюдается гиперплазия эритроидного ростка и увеличение общего числа нормоцитов, в периферической крови — значительное повышение количества молодых форм эритроцитов (ретикулоцитов) и лейкоцитов. Уровни Hb, эритроцитов и гематокрит понижены. Нормализация уровня эритроцитов и Hb при отсутствии дальнейшей кровопотери происходит через 2-3 недели. При массивной или длительной кровопотере постгеморрагическая анемия приобретает гипорегенеративный характер, при истощении адаптационных систем организма развивается шок.

### **Симптомы постгеморрагической анемии**

Клинические признаки постгеморрагической анемии однотипны вне зависимости от причины кровопотери, определяются ее объемом и длительностью.

В первые сутки после острой кровопотери у пациентов отмечается резкая слабость, бледный оттенок кожи и слизистых, одышка, потемнение и мелькание мушек в глазах, головокружение, шум в ушах, пересыхание во

рту, снижение температуры тела (особенно, конечностей), холодный пот. Пульс становится частым и слабым, появляется артериальная гипотония. Следствием геморрагического синдрома является малокровие внутренних органов, жировая дистрофия миокарда, печени, ЦНС и других органов. Дети, особенно новорожденные и 1-го года жизни, кровопотерю переносят намного тяжелее, чем взрослые пациенты.

Постгеморрагическая анемия при массивной и быстрой кровопотере сопровождается геморрагическим коллапсом, резким падением артериального давления, нитевидным аритмичным пульсом, адинамией и заторможенностью, учащенным поверхностным дыханием с возможным развитием рвоты, судорог, потерей сознания. Если давление падает до критического уровня, вызывая острое нарушение кровоснабжения и гипоксию органов и систем, смерть наступает от паралича дыхательного центра и остановки сердца.

Медленно развивающаяся постгеморрагическая анемия характеризуется менее выраженными проявлениями, так как успевает частично компенсироваться за счет адаптационных механизмов.

### **Лечение**

Основной задачей врачей при данной патологии является выявление и устранение источника кровотечений.

Лечение может включать в себя следующие манипуляции:

резекция и ушивание поврежденных тканей и органов;  
ушивание или перевязывание поврежденного сосуда;  
назначение пациенту препаратов для повышения скорости свертывания крови.

После устранения источника кровотечений приступают к восполнению объема утраченной крови. Делается это при помощи переливания. Общий объем замещаемой крови не должен превышать 60% от ее потери.

Тяжелые формы заболевания лечат переливанием больших объемов крови. После восстановления количества приступают к корректировке состава, восполняя уровень форменных элементов. При наличии показаний проводится терапия нарушений в работе дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Эффективность терапии во многом зависит от продолжительности и объемов потерь. Если пациент потерял 25% крови, то высока вероятность развития острого малокровия и гиповолемического шока. При больших кровопотерях велика вероятность летального исхода.

## **Профилактика**

Если потеря крови вовремя диагностирована и предприняты все необходимые меры, то прогноз благоприятный. Все заканчивается выздоровлением пациента. Если потери слишком велики и не поддаются восстановлению, то прогноз неблагоприятный. Все может закончиться смертью больного.

При наследственных формах болезни прогноз зависит от частоты рецидивов и степени их тяжести.

Профилактику у ребенка должна начинать мать еще во время беременности. Если женщина страдает малокровием, то малыш с большой долей вероятности появится на свет с той же проблемой.

Поэтому нужно заранее купировать заболевание у матери. После рождения ребенка необходимо следить, чтобы он получал полноценное, рациональное питание. Лучше всего подходит для этого грудное вскармливание.

Дети из групп риска по железодефицитной форме патологии должны находиться под наблюдением педиатра, чтобы не допустить развития таких патологий, как инфекционные болезни, рахит, дистрофия.

После введения прикорма дети должны в обязательном порядке получать свежие фрукты, овощи, зелень, крупы, рыбу, мясо, сыр, молоко. Питание должно быть разнообразным.

Обязательны регулярные прогулки на свежем воздухе. Это укрепляет иммунитет и позволяет избежать развития рахита.

Важно! Любые лекарственные препараты ребенку нужно давать только с разрешения врача. Самолечение недопустимо и может привести к развитию целого ряда осложнений.

Основными мерами профилактики для взрослых являются:

- правильное полноценное питание;
- отказ от вредных привычек;
- своевременное лечение заболеваний внутренних органов;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- избегание стрессов и нервного перенапряжения;
- избегание травм и ранений, которые могут привести к сильной кровопотере;
- регулярное прохождение профилактических осмотров, сдача крови на анализ — такие действия помогут выявить возможные проблемы на

ранней стадии, что существенно облегчит последующее лечение и улучшит прогноз.

Государственное бюджетное учреждение  
«Профессиональная образовательная организация»  
«Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

Реферат

На тему: Хронический гастрит

Автор проекта: Резников Никита Алексеевич  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

**Хронический гастрит** – это воспаление слизистой оболочки желудка, возникающее под воздействием бактериальных, химических, термических и механических факторов. Следствием гастрита является нарушение процесса пищеварения (снижение аппетита, изжога, отрыжка, тошнота, чувство тяжести и тупая боль в области желудка после приема пищи), ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость, чувство усталости. Заболевание диагностируется с помощью гастроскопии, исследования биоптата, лабораторных тестов. Лечение включает фармакотерапию, соблюдение диеты, физиопроцедуры.

### **Общие сведения**

Хронический **гастрит** (ХГ) – воспаление, носящее продолжительный, рецидивирующий характер. Результатом длительного течения воспалительного процесса становится дегенерация слизистой, патологические изменения ее структуры, атрофия клеточных элементов. Железы в подслизистой перестают функционировать и замещаются интерстициальной тканью. Если в начале заболевания снижение секреции и перистальтической активности желудка мало выражено, то на поздних стадиях хронического гастрита эти симптомы усиливаются.

В структуре заболеваний желудка хронический гастрит занимает около 80-90%. Самый частый вариант ХГ ассоциирован с хеликобактерной инфекцией (80%), на долю аутоиммунной формы приходится 10-15%, остальные этиологические варианты составляют 5%.

### **Причины**

Современная теория развития самого распространенного хронического гастрита типа В (антральный бактериальный гастрит) указывает в качестве причины его возникновения бактерию *Helicobacter pylori*, населяющую желудок и двенадцатиперстную кишку человека. Хеликобактериями поражено более восьмидесяти процентов взрослых людей в мире. Инфицированность в развивающихся странах несколько выше, чем в развитых. Чаще всего эта форма гастрита встречается у жителей Латинской Америки и Азии. Заболеваемость хроническим гастритом данного типа не зависит от пола, риск развития увеличивается с возрастом. В клинической практике выделяют факторы риска развития хронического гастрита: внешние и внутренние.

### **Внешние факторы:**

**нарушение характера питания** (нерегулярные приемы пищи, недоброкачественная еда, недостаточное пережевывание, перекусы на ходу), вредные пищевые привычки (употребление большого количества острой, жареной, кислой, копченой пищи), употребление очень горячих или очень холодных продуктов;

**недостаточность жевательной функции** ([стоматологические заболевания](#), нехватка зубов, снижение подвижности височно-нижнечелюстного сустава);

**регулярное употребление алкогольных напитков** (алкоголь способствует усиленной секреции желудочного сока, а высокая концентрация этанола непосредственно влияет на стенку желудка, вызывая раздражение слизистой);

**продолжительный стаж курения**, особенно регулярное курение на голодный желудок, способствует сначала гиперацидозу, а позднее снижению секреции желез слизистой и ухудшению ее защитных свойств (помимо этого, никотин повышает тонус сосудов, спазмируя мелкие капилляры, что ухудшает кровообращение в тканях, в том числе и в стенке желудка);

**атрофический хронический гастрит** вызывается **продолжительным употреблением лекарственных средств**, наиболее распространен гастрит, вызванный препаратами группы нестероидных противовоспалительных средств;

**профессиональный фактор** (вредное производство): наиболее часто гастрит развивается при работе в условиях высокой запыленности, присутствия в воздухе взвеси вредных веществ.

### **Внутренние факторы:**

хронические воспаления [полости рта](#), [верхних дыхательных путей](#), [легких](#); эндокринные нарушения (гипер- и [гипотиреоз](#), [сахарный диабет](#), расстройство синтеза [кортикостероидов](#));

нарушения обмена веществ ([подагра](#), инсулинрезистентность, ферментативные недостаточности разного рода);

нарушения дыхания и кровообращения, ведущие к тканевой гипоксии ([легочная](#) и [сердечно-сосудистая недостаточность](#));

недостаточность выделительной системы, ведущая к высокому содержанию в крови азотистых соединений - продуктов катаболизма (при снижении выведения этих веществ почками, они начинают выделяться через стенки желудочно-кишечного тракта, повреждая слизистую оболочку);

[хронические панкреатиты](#), [гепатиты](#), [цирроз печени](#) и другие заболевания пищеварительных органов способствуют патологическим изменениям в работе желудочных желез, изменённая среда повреждает слизистую и ведет к хроническому воспалению, а нарушения перистальтики кишечника могут вызвать рефлюкс-гастрит (воспаление слизистой в районе привратника, вызванное обратным забросом желчи из двенадцатиперстной кишки);

аутоиммунные состояния: нарушения иммунитета, характеризующиеся выработкой антител к собственным тканям организма (мишенями для аутоантител становятся париетальные клетки слизистой, которые отвечают за

синтез соляной кислоты, желудочных мукопротеинов, а также гастропротективной составляющей желудочной слизи – фактора Касла).

### **Классификация**

Хронические гастриты классифицируются с точки зрения:

**анатомического расположения зоны воспаления** (антральный или фундальный гастрит);

**происхождения** (бактериальный, аутоиммунный, эндогенный, ятрогенный, рефлюкс-гастрит);

**гистологической**

**картины** (поверхностный, [атрофический](#), [гиперпластический](#));

**состояния секреторной функции** ([гипацидный](#) – пониженная секреция, [гиперацидный](#) – повышенная секретность, с нормальной секреторной функцией).

Клиническая классификация:

**хронический гастрит типа А** – первичный аутоиммунный гастрит дна желудка (фундальный);

**гастрит типа В** - [антральный гастрит](#) бактериального происхождения;

**тип С** – рефлюкс-гастрит.

Существуют также специфические хронические гастриты, такие как радиационный, [аллергический](#), лимфоцитарный, гранулематозный. По стадии хронического процесса гастрит может быть в фазе ремиссии или воспаления.

### **Симптомы хронического гастрита**

Самые распространенные симптомы гастрита - это чувство тяжести, давления в эпигастрии после приема пищи, [тошнота](#), [изжога](#), может быть тупая ноющая боль. Нередко отмечают неприятный привкус во рту, расстройство аппетита. При исследовании - умеренная болезненность передней брюшной стенки в области проекции желудка.

На первых этапах секреторная функция желудка может сохраняться как в нормальных пределах, так и усиливаться или ослабляться. С течением заболевания секреция желез, как правило, снижается, кислотность желудочного сока уменьшается.

Гиперацидный хронический гастрит – это, обычно, поверхностное воспаление слизистой, без затрагивания желез и их атрофии. Характерен для лиц молодого возраста, чаще встречается у мужчин. При таком гастрите боль, нередко, выраженная, похожая на приступ язвенной болезни, часто больные жалуются на тяжесть в желудке после еды, изжогу и кислую отрыжку. Также отмечается повышенная выработка желудочного сока по ночам.

При гастрите аутоиммунной этиологии первоначально отмечают симптоматику макроцитарной анемии, связанной с [недостаточностью витамина В12](#). В дальнейшем к гематологической симптоматике (слабость, [тахикардия](#), шум в ушах, головокружение) присоединяются

проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (потеря аппетита, снижение веса, нарушения в работе кишечника, может отмечаться болезненность языка) и неврологические нарушения (слабость, потемнение в глазах, онемение в конечностях, лабильность психики).

### **Осложнения**

Как правило, хронический гастрит со временем усугубляется [язвенной болезнью](#) (слизистая изъязвляется, возникает риск кровотечения, пенетрации стенки желудка). Также очаг хронического воспаления может озлокачиваться, и результатом может быть [рак желудка](#), либо опухоль лимфоидной ткани.

### **Диагностика**

Диагностика хронического гастрита включает в себя следующие этапы: сбор анамнеза и внешний осмотр, физикальное исследование, эндоскопическая диагностика ([гастроскопия](#)), лабораторные исследования крови и желудочного сока. При опросе уделяют внимание образу жизни пациента, пищевым привычкам, употреблению алкоголя и курению. Гастроэнтеролог выявляет жалобы, определяет характер динамики симптомов. При физикальном осмотре могут отмечаться бледность кожных покровов (особенно характерно для аутоиммунного гастрита с анемией), налет на языке, [неприятный запах изо рта](#), при пальпации - болезненность брюшной стенки в эпигастрии.

**ФГДС.** Эндоскопическая картина дает представление о локализации воспаления, его выраженности и глубине. Для уточнения диагноза и исключения [малигнизации](#) берут [биопсию](#) слизистой из различных отделов желудка. Определяют уровень кислотности желудочного сока ([рН-метрия](#)).

**Лабораторная диагностика.** При исследовании крови можно отметить признаки анемии, что может служить признаком аутоиммунного гастрита. В таком случае кровь исследуют на наличие аутоантител. Также значимым в диагностике хронического гастрита является уровень гастрина, пепсиногена (соотношение пепсиногена I и пепсиногена II) в крови, содержание витамина B12 в сыворотке. Для установления инфицирования H.Pylori производят бактериологическое исследование, [дыхательный тест](#), ПЦР-диагностику.

### **Лечение хронического гастрита**

Лечение хронического гастрита включает в себя действия по нескольким направлениям: коррекцию образа жизни (избавление от вредных привычек, питание по режиму согласно диете), фармакологическая терапия, физиотерапия, фитотерапия, а также курсы санаторного лечения для закрепления ремиссии.

Больным, страдающим хроническим гастритом при повышенной кислотности рекомендована диета №1, а при гипоацидном гастрите – диета №2. Рекомендуется принимать пищу часто, понемногу, избегать в рационе раздражающих слизистую продуктов.

### **Лекарственные препараты для лечения гастрита.**

**Препараты, снижающие секрецию соляной кислоты** (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы). К блокаторам гистаминовых рецепторов относятся препараты группы фамотидина. Максимально эффективно блокируют секрецию желудочных желез ингибиторы протонной помпы (омепразол и препараты его группы), которые также обязательно применяются при эрадикационных мерах по отношению к *H. Pylori*.

**Антацидные препараты** связывают соляную кислоту и снижают активность пепсина. К таким препаратам относятся: алюминия фосфат, комбинированный препарат, в состав которого входят гидроксид алюминия, гидроксид магния, сорбитол.

**Препараты-гастропротекторы.** К ним относятся препараты висмута, обладающие обволакивающим и вяжущим свойствами, а также - препарат гидроксида алюминия в сочетании с октасульфитом сахарозы, использующийся в терапии эрозивного гастрита и обладающий помимо основного гастропротективного свойства, способностью к адсорбции, антацидным эффектом и противоязвенным действием.

**Ферменты.** Для регуляции пищеварения в терапии хронического гастрита используются ферментные препараты, для снятия спазмов и нормализации перистальтики – спазмолитические средства.

**Противомикробные ЛС.** При инфицировании *H. Pylori* используются антибактериальные препараты для эрадикации: антибиотики широкого спектра, метронидазол, нитрофураны.

Физиотерапевтические методики уместны после стихания острых симптомов и в период ремиссии. К применяемым при хроническом гастрите методам относятся электрофорез, [фонофорез](#), [КВЧ](#), бальнеотерапия.

Государственное бюджетное учреждение  
« Профессиональная образовательная организация»  
« Астраханский базовый медицинский колледж»  
Ахтубинский филиал

Реферат

На тему: Пиелонефрит

Автор проекта: Резников Никита Алексеевич  
Специальность : Сестринское дело  
Группа 3 м/с 9

Ахтубинск 2023 г.

**Пиелонефрит** – это неспецифическое инфекционное заболевание почек, вызываемое различными бактериями. Острая форма заболевания проявляется повышением температуры, симптомами интоксикации и болями в поясничной области. Хронический пиелонефрит может протекать бессимптомно или сопровождаться слабостью, нарушением аппетита, учащением мочеиспускания и неинтенсивными болями в пояснице. Диагноз выставляется на основании результатов лабораторных анализов (общий и биохимический анализы мочи, бакпосев), урографии и УЗИ почек. Лечение - антибактериальная терапия, иммуностимуляторы.

### **Общие сведения**

Пиелонефрит – широко распространенная патология. Пациенты, страдающие острым и хроническим пиелонефритом, составляют около 2/3 всех урологических больных. Болезнь может протекать в острой или хронической форме, поражать одну или обе почки. Диагностику и лечение осуществляет специалист в сфере клинической [урологии и нефрологии](#). В случае отсутствия своевременной терапии пиелонефрит может привести к таким тяжелым осложнениям как почечная недостаточность, карбункулу или абсцессу почки, сепсису и бактериальному шоку.

### **Причины пиелонефрита**

Заболевание может возникнуть в любом возрасте. Чаще пиелонефрит развивается:

У детей в возрасте до 7 лет (вероятность появления пиелонефрита возрастает из-за особенностей анатомического развития).

У молодых женщин в возрасте 18-30 лет (возникновение пиелонефрита связано с началом половой жизни, [беременностью](#) и родами).

У пожилых мужчин (при обструкции мочевыводящих путей вследствие развития [аденомы предстательной железы](#)).

Любые органические или функциональные причины, препятствующие нормальному оттоку мочи, увеличивают вероятность развития патологии. Нередко пиелонефрит появляется у больных [мочекаменной болезнью](#). К неблагоприятным факторам, способствующим возникновению пиелонефрита, относится [сахарный диабет](#), иммунные нарушения, хронические воспалительные болезни и частые [переохлаждения](#). В ряде случаев (обычно у женщин) пиелонефрит развивается после перенесенного [острого цистита](#).

Бессимптомное течение нередко является причиной несвоевременной диагностики хронического пиелонефрита. Больные начинают получать лечение, когда функция почек уже нарушена. Поскольку патология очень часто возникает у пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, таким больным необходимо специальная терапия даже при отсутствии симптоматики пиелонефрита.

## **Симптомы пиелонефрита**

### [Острый пиелонефрит](#)

Для острого процесса характерно внезапное начало с резким повышением температуры до 39-40°C. Гипертермия сопровождается обильным потоотделением, потерей аппетита, выраженной слабостью, головной болью, иногда – тошнотой и рвотой. Тупые боли в поясничной области различной интенсивности, чаще односторонние, появляются одновременно с повышением температуры. Физикальное обследование выявляет болезненность при поколачивании в области поясницы (положительный симптом Пастернацкого).

Неосложненная форма [острого пиелонефрита](#) не вызывает нарушений мочеиспускания. Моча становится мутной или приобретает красноватый оттенок. При лабораторном исследовании мочи выявляется [бактериурия](#), незначительная [протеинурия](#) и микрогематурия. Для общего анализа крови характерен лейкоцитоз и повышение СОЭ. Примерно в 30% случаев в биохимическом анализе крови отмечается повышение азотистых шлаков.

### [Хронический пиелонефрит](#)

[Хронический пиелонефрит](#) нередко становится исходом недолеченной острой формы. Возможно развитие первичного хронического процесса. Иногда патология обнаруживается случайно при исследовании мочи. Больные предъявляют жалобы на слабость, снижение аппетита, головные боли и [учащенное мочеиспускание](#). Некоторых пациентов беспокоят тупые ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся в холодную сырую

погоду. Симптомы, свидетельствующие об обострении, совпадают с клинической картиной острого процесса.

### **Осложнения**

Двухсторонний острый пиелонефрит может стать причиной острой почечной недостаточности. К числу наиболее грозных осложнений следует отнести [сепсис](#) и бактериальный шок. В некоторых случаях острая форма заболевания осложняется [паранефритом](#). Возможно развитие апостеноматозного пиелонефрита (формирование множественных мелких гнойничков на поверхности почки и в ее корковом веществе), [карбункула почки](#) (нередко возникает вследствие слияния гнойничков, характеризуется наличием гнойно-воспалительного, некротического и ишемического процессов) [абсцесса почки](#) (расплавление почечной паренхимы) и некроза почечных сосочков.

Если лечение не проводится, наступает терминальная стадия гнойно-деструктивного острого процесса. Развивается [пионефроз](#), при котором почка полностью подвергается гнойному расплавлению и представляет собой очаг, состоящий из полостей, заполненных мочой, гноем и продуктами тканевого распада. При прогрессировании хронического двухстороннего пиелонефрита функция почек постепенно нарушается, что приводит к снижению удельного веса мочи, [артериальной гипертензии](#) и развитию хронической почечной недостаточности.

### **Диагностика**

Постановка диагноза обычно не представляет затруднений для [врача-уролога](#) из-за наличия ярко выраженных клинических симптомов. В анамнезе часто отмечается наличие хронических заболеваний или недавно перенесенные острые гнойные процессы. Клиническую картину формирует характерное сочетание выраженной гипертермии с болью в пояснице (чаще односторонней), болезненными мочеиспусканиями и изменениями мочи. Моча мутная или с красноватым оттенком, имеет выраженный зловонный запах. В рамках диагностических мероприятий выполняются:

**Лабораторные исследования.** Лабораторным подтверждением диагноза служит обнаружение в моче бактерий и небольших количеств белка. Для определения возбудителя проводят бакпосев мочи. О наличии острого воспаления свидетельствует лейкоцитоз и увеличение СОЭ в общем анализе крови. При помощи специальных тест-наборов проводится идентификация

вызавшей воспаление микрофлоры. Концентрационную способность почек оценивают при помощи пробы Зимницкого.

**Лучевая диагностика.** В ходе [обзорной урографии](#) выявляется увеличение объема одной почки. [Экскреторная урография](#) свидетельствует о резком ограничении подвижности почки при проведении ортопробы. При апостематозном пиелонефрите отмечается снижение выделительной функции на стороне поражения (тень мочевыводящих путей появляется с запозданием или отсутствует). При карбункуле или абсцессе на экскреторной урограмме определяется выбухание контура почки, сдавление и деформация чашечек и лоханки. Диагностику структурных изменений почечной ткани при пиелонефрите проводят при помощи [УЗИ почек](#). Для исключения мочекаменной болезни и анатомических аномалий выполняют [КТ почек](#).

## **Лечение пиелонефрита**

### [Лечение острого пиелонефрита](#)

Неосложненный острый процесс лечится консервативно в условиях стационара. Проводится антибактериальная терапия. Медикаменты подбираются с учетом чувствительности обнаруженных в моче бактерий. Для того, чтобы максимально быстро ликвидировать воспалительные явления, не допустив перехода пиелонефрита в гнойно-деструктивную форму, лечение начинают с самого эффективного препарата.

Проводится дезинтоксикационная терапия, коррекция иммунитета. При лихорадке назначается диета с пониженным содержанием белков, после нормализации температуры пациента переводят на полноценное питание с повышенным содержанием жидкости. На первом этапе терапии вторичного острого пиелонефрита следует устранить препятствия, затрудняющие нормальный отток мочи: как правило, для этого производится установка мочеточникового катетера-стента. Назначение антибактериальных препаратов при нарушенном пассаже мочи не дает желаемого эффекта и может привести к развитию серьезных осложнений.

### **Лечение хронического пиелонефрита**

Осуществляется по тем же принципам, что и терапия острого процесса, но отличается большей длительностью и трудоемкостью. Терапевтическая программа предусматривает устранение причин, которые привели к затруднению оттока мочи или вызвали нарушения почечного

кровообращения, антибактериальную терапию и нормализацию общего иммунитета.

При наличии препятствий необходимо восстановить нормальный пассаж мочи. Восстановление оттока мочи производится оперативно ([нефропексия](#) при нефроптозе, [удаление камней из почек](#) и мочевыводящих путей, [удаление аденомы](#) предстательной железы и т. д.). Устранение препятствий, мешающих пассажу мочи, во многих случаях позволяет достичь стойкой длительной ремиссии. Антибактериальные препараты назначаются с учетом данных антибиотикограммы. До определения чувствительности микроорганизмов проводится терапия антибактериальными препаратами широкого спектра действия.

Пациентам с хроническим пиелонефритом требуется длительная систематическая терапия сроком не менее года. Лечение начинают с непрерывного курса антибактериальной терапии продолжительностью 6-8 недель. Такая методика позволяет устранить гнойный процесс в почке без развития осложнений и образования рубцовой ткани. Если функция почек нарушена, требуется постоянный контроль фармакокинетики нефротоксичных антибактериальных препаратов. Для коррекции иммунитета при необходимости применяют иммуностимуляторы и иммуномодуляторы. После достижения ремиссии назначают прерывистые курсы антибактериальной терапии.

В период ремиссии больным показано санаторно-курортное лечение (Джермук, Железноводск, Трускавец и др.). Следует помнить об обязательной преемственности терапии. Начатое в стационаре антибактериальное лечение необходимо продолжать амбулаторно. Назначаемая врачом санатория схема лечения должна включать в себя прием антибактериальных препаратов, рекомендуемых врачом, постоянно наблюдающим пациента. В качестве дополнительного метода лечения применяется фитотерапия.