Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра клинической фармакологии

Курсовая работа

Хронический левосторонний пиелонефрит

Выполнила: студентка 4 курса 1 группы

Фармацевтического факультета

Шустрова Надежда

Ярославль 2014

Жалобы

Больная предъявляет жалобы на:

общую слабость;

головную боль;

тянущие боли внизу живота

отеки нижних конечностей;

болезненные позывы при мочеиспускании;

на момент курации на головокружение по утрам.

Объективные данные

При патоморфологическом исследовании у больных хроническим пиелонефритом макроскопически обнаруживается уменьшение одной или обеих почек, вследствие чего они в большинстве случаев отличаются размером и массой. Поверхность их неровная, с участками западения (на месте рубцовых изменений) и выпячивания (на месте непораженной ткани), нередко крупнобугристая. Фиброзная капсула утолщена, отделяется от почечной ткани с трудом из-за многочисленных сращений. На поверхности разреза почки видны участки рубцовой ткани сероватого цвета. В далеко зашедшей стадии пиелонефрита масса почки уменьшается до 40-60 г. Чашки и лоханка несколько расширены, стенки их утолщены, слизистая склерозирована.

Характерной морфологической особенностью хронического пиелонефрита, как и острого, являются очаговость и полиморфность поражения почечной ткани: наряду с участками здоровой ткани располагаются очаги воспалительной инфильтрации и зоны Рубцовых изменений. Воспалительным процессом поражается прежде всего интерстициальная ткань, затем в патологический процесс вовлекаются почечные канальцы, атрофия и гибель которых наступает вследствие инфильтрации и склерозирования интерстициальной ткани. Причем вначале повреждаются и погибают дистальные, а затем проксимальные отделы канальцев. Клубочки вовлекаются в патологический процесс лишь в поздней (терминальной) стадии заболевания, поэтому и снижение клубочковой фильтрации наступает значительно позже развития концентрационной недостаточности. Сравнительно рано патологические изменения развиваются в сос'удах и проявляются в виде эндартериита, гиперплазии средней оболочки и склероза артериол. Эти изменения приводят к снижению почечного кровотока и возникновению артериальной гипертензии.

Морфологические изменения в почках нарастают обычно медленно, что обусловливает многолетнюю продолжительность этого заболевания. В связи с наиболее ранним и преимущественным поражением канальцев и снижением концентрационной способности почек в течение многих лет сохраняется диурез с низкой, а затем с монотонной относительной плотностью мочи (гипо- и изогипостенурия). Клубочковая же фильтрация долго сохраняется на нормальном уровне и снижается лишь в поздней стадии заболевания. Поэтому по сравнению с хроническим гломерулонефритом прогноз у больных хроническим пиелонефритом в отношении продолжительности жизни более благоприятный.

Лекарственная программа

) Постельный режим, продолжительность которого зависит от тяжести клинических симптомов заболевания и их динамики под влиянием проводимого лечения.

) Диета, предусматривающая исключение из пищевого рациона острых блюд, наваристых супов, различных вкусовых приправ, крепкого кофе. Пища должна быть достаточно калорийной (2000-2500 ккал), содержать физиологически необходимое количество основных ингредиентов (белки, жиры, углеводы), хорошо витаминизированной. Этим требованиям в наибольшей мере соответствует молочно-растительная диета, а также мясо, отварная рыба. В суточный рацион целесообразно включать блюда из овощей (картофель, морковь, капуста, свекла) и фруктов (яблоки, сливы, абрикосы, изюм, инжир), богатых калием и витаминами С, Р, группы В, молоко и молочные продукты, яйца.

Поскольку при хроническом пиелонефрите отеки за редким исключением отсутствуют, то жидкость можно принимать без ограничения. Ее желательно употреблять в виде различных витаминизированных напитков, соков, морсов, компотов, киселей, а также минеральной воды, особенно полезен клюквенный морс (до 1,5-2 л в сутки). Ограничение жидкости необходимо в тех случаях, когда обострение заболевания сопровождается нарушением оттока мочи либо артериальной гипертензией, при которой требуется и более строгое ограничение поваренной соли (до 4-6 г в сутки), тогда как при отсутствии гипертензии в период обострения необходимо до 6-8 г, а при латентном течении - до 8-10 г. Больным с анемией показаны продукты, богатые железом и кобальтом (яблоки, гранаты, земляника, клубника и др.). При всех формах и в любой стадии пиелонефрита рекомендуется включать в диету арбузы, дыни, тыкву, которые обладают мочегонным действием и способствуют очищению мочевых путей от микробов, слизи, мелких конкрементов.

) Антибактериальная терапия, основным принципом которой является раннее и длительное назначение противомикробных средств в строгом соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, высеянной из мочи, чередование антибактериальных препаратов либо их сочетанное применение. Антибактериальная терапия неэффективна, если она поздно начата, проводится недостаточно активно, без учета чувствительности микрофлоры и если не устранены препятствия к нормальному пассажу мочи.

) Противомикробные средства используются антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, налидиксовая кислота, б-НОК, бактрим (бисептол, септрин). Предпочтение отдается тому препарату, к которому чувствительна микрофлора и который хорошо переносится больным.

наименьшей нефротоксичностью обладают препараты пенициллинового ряда, особенно полусинтетические пенициллины (оксациллин, ампициллин и др.), олеандомицин, эритромицин, левомицетин, цефалоспорины (кефзол, цепорин).

незначительной нефротоксичностью отличаются нитрофураны, налидиксовая кислота (неграм, невиграмон), 5-НОК.

высокой нефротоксичностью обладают аминогликозиды (канамицин, колимицин, гентамицин), к назначению которых следует прибегать лишь в тяжелых случаях и на короткий срок (5-8 дней), при отсутствии эффекта от применения других антибиотиков, к которым микрофлора оказалась резистентной.

При назначении антибиотиков необходимо учитывать также зависимость их активности от рН мочи. Например, гентамицин и эритромицин наиболее эффективны при щелочной реакции мочи (рН 7,5-8,0), поэтому при их назначении рекомендуется молочно-растительная диета, добавление щелочей (пищевая сода и др.), употребление щелочной минеральной воды (боржоми и др.). Ампициллин и 5-НОК наиболее активны при рН 5,0-5,5. Цефалоспорины, тетрациклины, левомицетин эффективны и при щелочной, и при кислой реакции мочи (в пределах от 2,0 до 8,5-9,0).

В период обострения антибактериальная терапия проводится 4-8 недель - до ликвидации клинических и лабораторных проявлений активности воспалительного процесса. При тяжелом течении прибегают к различным комбинациям антибактериальных препаратов (антибиотик с сульфаниламидами или с фурагином, 5-НОК либо сочетание всех вместе); показано парентеральное их введение, нередко внутривенно и в больших дозах. Эффективна комбинация пенициллина и его полусинтетических аналогов с производными нитрофурана (фурагин, фурадонин) и сульфаниламидами (уросульфан, сульфадиметоксин). Препараты налидиксовой кислоты можно комбинировать со всеми противомикробными средствами. К ним наблюдается меньше всего резистентных штаммов микробов. Эффективна, например, комбинация карбенициллина или аминогликозидов с налидиксовой кислотой, сочетание гентамицина с цефалоспоринами (предпочтительно с кефзолом), цефалоспоринов и нитрофуранов; пенициллина и эритромицина, а также антибиотиков с 5-НОК. Последний считается в настоящее время одним из наиболее активных уросептиков с широким спектром действия. Весьма эффективен левомицетина сукцинат по 0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно, особенно при грамотрицательной флоре. Широкое применение находит гентамицин (гарамицин). Он оказывает бактерицидное действие на кишечную палочку и на другие грамотрицательные бактерии; активен и к грамположительным микробам, в частности к золотистому пенициллиназообразующему стафилококку и b-гемолитическому стрептококку. Высокий антибактериальный эффект гентамицина обусловлен тем, что 90 % его выводится в неизмененном виде почками, в связи с чем в моче создается высокая концентрация этого препарата, в 5-10 раз превышающая бактерицидную. Назначается он по 40-80 мг (1-2 мл) 2-3 раза в день внутримышечно или внутривенно в течение 5-8 дней.

Количество антибактериальных препаратов, применяемых в настоящее время для лечения пиелонефрита, велико и с каждым годом возрастает, поэтому нет возможности и необходимости останавливаться на характеристике и эффективности каждого из них. Врач назначает тот или иной препарат индивидуально с учетом вышеуказанных основных принципов терапии хронического пиелонефрита.

) Нормализация температуры, исчезновение дизурических явлений, возвращение к норме показателей периферической крови (количество лейкоцитов, СОЭ), стойкое отсутствие или хотя бы заметное снижение протеинурии, лейкоцитурии и бактериурии.

) Многомесячную противорецидивную терапию. Необходимо назначать различные противомикробные препараты, последовательно чередуя их с учетом чувствительности к ним микрофлоры и под контролем за динамикой лейкоцитурии, бактериурии и протеинурии. Единого мнения о длительности такого лечения (от 6 месяцев до 1-2 лет) до сих пор не существует.

) Интермиттирующего лечения в амбулаторных условиях. Наиболее широкое применение находит схема, в соответствии с которой в течение 7-10 дней каждого месяца поочередно назначаются различные противомикробные средства (антибиотик, например левомицетин по 0,5 г 4 раза в сутки, в следующем месяце - сульфаниламидный препарат, например уросульфан или этазол, в последующие месяцы - фурагин, невиграмон, 5-НОК, сменяющиеся каждый месяц). Затем цикл лечения повторяется.

) Отвары или настои трав, обладающих диуретическим и антисептическим действием (клюквенный морс, отвар шиповника, трава полевого хвоща, плоды можжевельника, листья березы, толокнянка, брусничный лист, листья и стебли чистотела и др.). С этой же целью можно использовать и никодин (в течение 2-3 недель), обладающий умеренной антибактериальной активностью, особенно при сопутствующем холецистите.

) Сердечные гликозиды, включаются по показаниям в комплексную терапию -коргликон, строфантин, целанид, дигоксин и др.

) Санаторно-курортное лечение, главным образом у больных с вторичным (калькулезным) пиелонефритом после операции удаления конкрементов. Наиболее показано пребывание в бальнеопитьевых санаториях - Трускавец, Железноводск, Саирме, Березовские Минеральные Воды. Обильное питье минеральных вод способствует уменьшению воспалительного процесса в почках и мочевых путях, "вымыванию" из них слизи, гноя, микробов и мелких конкрементов, улучшает общее состояние больных.

Лекарственное взаимодействие препаратов

Под лекарственным взаимодействием понимают усиление (синергизм, аддитивное действие) или ослабление (антагонизм) терапевтического эффекта при одновременном или последовательном введении двух или нескольких лекарственных препаратов. Тетрациклины, макролиды, фторхинолоны не вступают в лекарственное взаимодействие друг с другом. Однако применяя тетрациклины с антацидами, магнийсодержащими слабительными, препаратами кальция и железа, антигиперлипидемическиеми средствми (холестирамин, колестипол) приводит к ослаблению всасывания тетрациклинов при приеме внутрь. Макролиды приводят к усилению действия бензодиазепинов (мидазолам, триазолам), сердечных гликозидов (дигоксин), а также взаимодействуя с блокаторами Н1-рецепторов (астемизол, терфенадин), цизапридом приводит к повышению риска кардиотоксического действия (увеличение интервала Q-T, аритмия). Применяя фторхинолоны с пероральные противодиабетические средства, инсулином развивается гипогликемия или гипергликемия. Взаимодействуя с НПВС приводит к повышение риска возбуждения ЦНС и развития судорог.

хронический левосторонний пиелонефрит сумамед

Формулярная статья на препарат Сумамед

. МНН: азитромицин

. Основные синонимы: СУМАМЕД ФОРТЕ

.Фармакотерапевтическая группа: антибиотик группы макролидов

.Основное фармакотерапевтическое действие и эффетивность:

Сумамед - представитель группы антибиотиков-макролидов. Бактериостатик. За счет создания в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие. Высоко активен в отношении как грамположительных, в том числе и продуцирующих бета-лактамазы (стафилококки, стрептококки, пневмококки), так и грамотрицательных микроорганизмов (энтерококки, кишечная и гемофильная палочки, шигелла, сальмонелла), а также микоплазм, легионелл, бактероидов. Активен в отношении многих возбудителей заболеваний, передающихся половым путем: гонококки, трихомонады, хламидии, спирохеты.

.Фармакоэкономические исследования: Макролиды широко применяются в медицинской практике представляют собой бактериостатические антибиотики широкого спектра действия, которые в высоких концентрациях могут оказывать бактерицидный эффект.

.Фармакокинетика, фармакодинамика

Фармакокинетика: При приеме внутрь хорошо всасывается и быстро распределяется по всему организму. Высокие значения объема распределения (31 л/кг) доказывают наличие обширного захвата азитромицина тканями с последующим медленным высвобождением в очаге инфекции. Азитромицин хорошо проникает внутрь клеток, в т.ч. фагоцитов, которые мигрируют в очаг воспаления, способствуя созданию терапевтических концентраций препарата в месте инфекции. Уже через 12-72 ч после однократного приема дозы 500 мг в месте воспаления создаются высокие терапевтические концентрации (1-9 мг/кг), превышающие МПК основных возбудителей инфекции. Обладает длительным T1/2 и медленно выводится из тканей (в среднем 60-76 ч). Указанные свойства определяют возможность однократного приема препарата в сутки и короткий режим дозирования в течение 3 дней. Метаболизируется преимущественно в печени. Метаболиты микробиологически не активны. Выделяется в основном с желчью в неизмененном виде, небольшая часть выводится почками.

Фармакодинамика: Обладает широким спектром антимикробного действия. Активен в отношении ряда грамположительных бактерий: Streptococcus pneumoniae, S. pyogenes, S. agalactiae, S. viridans, стрептококков группы С, F и G, Staphylococcus aureus, S. epidermidis. He оказывает действия на грамположительные бактерии, устойчивые к эритромицину. Эффективен в отношении грамотрицательных микроорганизмов: Haemophilus influenzae, H. parainfluenzae и Н. ducreyi, Moraxella catarrhalis, Bordetella pertussis и В. parapertussis, Neisseria gonorrhoeae и N. meningitidis, Brucella melitensis, Helicobacter pylori, Gardnerella vaginalis. Действует на чувствительные анаэробные микробы: Clostridium spp., Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp. Кроме того, эффективен в отношении внутриклеточных и других микроорганизмов, в т.ч.: Legionella pneumophila, Chlamydia trachomatis и С. pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Listeria monocitogenes, Borrelia burgdorferi, Treponema pallidum, Campylobacter jejuni, Micobacteria avium complex.

. Показания: Инфекции верхних дыхательных путей (бактериальный фарингит/тонзиллит, синусит, средний отит); инфекции нижних дыхательных путей (бактериальный бронхит, интерстициальная и альвеолярная пневмония, обострение хронического бронхита); инфекции кожи и мягких тканей (хроническая мигрирующая эритема - начальная стадия болезни Лайма), рожа, импетиго, вторичные пиодерматозы; инфекции, передающиеся половым путем (уретрит/цервицит); заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с Helicobacter pylori.

. Противопоказания: Гиперчувствительность к антибиотикам группы макролидов, тяжелые нарушения функции печени и почек.

9.Критерии эффективности:

10.Прирципы подбора, изменения дозы и отмены:

Внутрь, капсулы и суспензию - за 1 ч до еды или через 2 ч после еды 1 раз в сутки. Биодоступность таблеток не зависит от приема пищи.

Инфекции верхних и нижних дыхательных путей, кожи и мягких тканей (за исключением хронической мигрирующей эритемы): взрослым - 500 мг.

Детям - в зависимости от массы тела из расчета 10 мг/кг. Курс приема - 3 дня.

Хроническая мигрирующая эритема: взрослым, 1 раз в сутки в течение 5 дней: в 1 день - 1 г, со 2 по 5 день - по 500 мг. Детям - 1 раз в сутки в течение 5 дней; в 1 день - в дозе 20 мг/кг, со 2 по 5 день - по 10 мг/кг.

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с Helicobacter pylori: 1 г/сут (2 табл. по 500 мг) в течение 3-х дней в сочетании с антисекреторным средством и другими ЛС, рекомендованными врачом.

Инфекции, передающиеся половым путем. Неосложненный уретрит/цервицит: 1 г однократно. Осложненный, длительно протекающий уретрит/цервицит, вызванный Chlamydia trachomatis: назначается в дозе 1 г 3 раза с интервалом в 7 дней. Курсовая доза 3 г.

. Передозировка: Симптомы: сильная тошнота, временная потеря слуха, рвота, понос.

. Особые указания и меры предосторожности:

С осторожностью применяют при выраженных нарушениях функции печени, почек, сердечных аритмиях. После отмены лечения реакции гиперчувствительности у некоторых пациентов могут сохраняться, что требует специфической терапии под наблюдением врача.

13. Побочное действие: Побочные явления встречаются редко (в 1% случаев и реже).

Со стороны органов ЖКТ: мелена, холестатическая желтуха, вздутие, тошнота, рвота, понос, запор, снижение аппетита, гастрит.

Аллергические реакции: кожные высыпания, фотосенсибилизация, отек Квинке.

Со стороны мочеполовой системы: вагинальный кандидоз, нефрит.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: сердцебиение, боль в грудной клетке.

Со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, вертиго, сонливость, у детей - головная боль (при терапии среднего отита), гиперкинезия, тревожность, невроз, нарушения сна.

Прочие: обратимое умеренное повышение активности печеночных ферментов, повышенная утомляемость, зуд, крапивница, конъюнктивит.

.Форма выпуска:

таблетки 125 мг и 500 мг;

капсулы 250 мг;

порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг/5 мл и 200 мг/5 мл во флаконах 20 мл.

Список литературы

1 Сиротко, В.Л. Все о внутренних болезнях: учеб. - метод. пособие для аспирантов / В.Л. Сиротко. - М.: АРКТИ, 2008. - 156с.

. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учеб. - метод. пособие / Н.И. Федюкович. - Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 576с.

. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: учеб. - метод. пособие / Э.В. Смолева, Е.В. Аподиакос. - Ростов н/Д: Феникс, 2004. - 544с.

. http:// www. spruce. Ru / internal / urology / pyelonephritis 06. html

. http:// www. sci-rus. com / therapy / pyelonephritis. html

. Радужный, Н.Л. Внутренние болезни / Н.Л. Радужный. - М.: АРКТИ, 2007. - 365с.

. Пирогов, К.Т. Внутренние болезни / К.Т. Пирогов. - М.: ЭКСМО, 2005. - 245с.

. http:// www. uroman. ru / chronic pyelonephritis. html

. http:// lechfk. narod. ru / pilonef. html

. Огулов, А.Т. Висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или мануальная терапия внутренних органов / А.Т. Огулов. - М.: Латард, 1994. - 128с.

. Огулов, А.Т. Ранняя диагностика и профилактика почечных нарушений / А.Т. Огулов, О.А. Хазова, О.Э. Хазов. - М.: Предтеча, 2009. - 80с.

. Анатомия человека: учебник для институтов физической культуры / М.Ф. Иваницкий; под общ. ред. Б.А. Никитюка, А.А. Гладышевой, Ф.В. Судзиловского. - М.: Терра-Спорт, 2003. - 624с.