Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени

профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

«Сестринское дело» отделение

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

«Особенности сестринской деятельности при пиелонефрите у детей**»**

тема

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел.

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Тахтай К.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020г

Оглавление

[Введение 3](#_Toc43479549)

[Этиология и патогенез. 4](#_Toc43479550)

[Факторы риска. 5](#_Toc43479551)

[Клиническая картина. 8](#_Toc43479552)

[Сестринский процесс при пиелонефрите у детей. 9](#_Toc43479553)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 12](#_Toc43479554)

## Введение

Пиелонефрит является самым распространенным заболеванием почек и занимает второе место среди всех болезней, уступая лишь острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ). Заболевание широко распространено среди взрослого населения и детей, протекает длительно, в ряде случаев приводит к потере трудоспособности. Очень важно знать, что пиелонефрит является наиболее частыми причинами развития хронической почечной недостаточности.

В последние десятилетия все большее внимание обращается на заболевания органов мочевой системы у детей раннего возраста. В 80-90-х годах все очевиднее становилось, что ряд заболеваний почек, ярко проявляющихся в дошкольном или школьном возрасте, имеет свои истоки в антенатальном и перинатальном периодах. К основным причинам, которые уже существуют к моменту рождения ребенка и определяют патологию органов мочевыделительной системы, относятся наследственные и тератогенные факторы (неблагоприятные факторы внешней среды, способные вызвать нарушение развития плода на разных сроках беременности), гипоксически-ишемические повреждения почечной ткани, внутриутробные и интранатальные инфекции. Согласно эпидемиологическим данным, врожденные пороки развития органов мочевыделительной системы составляют 30% от всех врожденных аномалий, которые проявляются развитием вторичного пиелонефрита.

## Этиология и патогенез.

**Пиелонефри́т** (греч. πύέλός — корыто, лохань; νεφρός — почка) — неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением канальцевой системы почки, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки (пиелит), чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани).

Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита являются представители семейства Enterobacteriaceae (грамотрицательные палочки), из которых на долю Escherichia coli приходится около 80% (при остром неосложнённом течении), реже в роли возбудителя выступают Proteus spp., Klebsiella spp., Enterobacter spp., Citrobacter spp. При осложнённом пиелонефрите частота выделения Escherichia coll резко снижается, возрастает значение Proteus spp. Psemdomonas spp., других грамотрицательных бактерий, а также грамположительных кокков: Staphylococcus saprophytics. Staphylococcia epidermidis, Enterococcus faecalis, грибов. Примерно у 20% больных (особенно находящихся в стационаре и с установленным мочевым катетером) наблюдаются микробные ассоциации двух или трех видов бактерий, нередко выявляется сочетание Escherichia соli и Enterococcus faecalis.

К основным путям проникновения инфекции в почки относят урогенный (восходящий) и гематогенный (при наличии острой и хронической инфекции в организме: аппендицита, остеомиелита, послеродовой инфекции и др.). Лимфогенным путём возможно инфицирование почки на фоне острых и хронических кишечных инфекций.

## Факторы риска.

Среди факторов риска наиболее значимыми для развития пиелонефрита являются:

)Отягощенный акушерский анамнез у матери (выкидыши, аборты, преждевременные роды) грозит развитием:

внутриутробной инфекции;

аномалии развития мочевой системы;

наследственной синдромальной патологии.

2)Отягощенный гинекологический анамнез у матери (хронические неспецифические и специфические воспалительные заболевания гениталий; гормональные нарушения, эндометриоз) грозит развитием:

внутриутробного и постнатального инфицирования;

аномалий развития мочевой системы;

мембранной патологии.

3)Патологическое течение беременности (гестозы; угроза прерывания; вирусные и бактериальные инфекции; артериальная гипертония и гипотония; анемия; обострение хронической соматической патологии, в том числе гестационный пиелонефрит и цистит) грозит развитием:

аномалий развития мочевой системы (органных, тканевых);

внутриутробного и постнатального инфицирования;

гипоксии плода и новорожденного;

нейрогенной дисфункции мочевой системы;

энуреза;

пузырно-мочеточникового рефлюкса.

4)Наличие профессиональных вредностей у родителей (вибрация, радиация, лаки, краски, нефтепродукты, соли тяжелых металлов, работа в инфекционных отделениях, вирусологических и бактериологических лабораториях) грозят развитием:

аномалий и пороков развития органов мочевой системы;

дисплазии почечной ткани;

хронической внутриутробной гипоксии;

преждевременных родов;

внутриутробного инфицирования;

морфофункциональной незрелости.

5)Вредные привычки родителей (курение; алкоголизм; токсикомания; наркомания) опасны:

тератогенным воздействием на плод;

хронической внутриутробной гипоксией;

пороками мочевой системы;

морфофункциональной незрелостью.

6)Неблагоприятные экологические факторы места проживания (радиация, загрязнение почвы, воды солями тяжелых металлов и т.д.) опасны развитием:

тератогенного воздействия на плод;

нестабильности цитомембран;

дизметаболической нефропатии.

7)Осложненное течение родов (преждевременные, стремительные, быстрые, запоздалые, инфицированные; кровотечение во время родов) опасны развитием:

морфофункциональной незрелости;

острой гипоксии плода и новорожденного;

нейрогенной дисфункции мочевой системы;

пузырно-мочеточникового рефлюкса;

энуреза.

8)Отягощенная наследственность по заболеваниям мочевой системы в семье с обменными нарушениями (МКБ, ЖКБ, остеохондроз, артрозы, подагра, ожирение, сахарный диабет и т.д.), по иммунодефицитным состояниям; по генетическим заболеваниям чреваты развитием:

аномалии и пороков развития мочевой системы;

метаболических нарушений (дизметаболической нефропатии, мочекаменной болезни, инкрустирующего цистита);

энуреза;

наследственных синдромов с поражением мочевой системы.

9)Типы конституции (лимфатический; экссудативно-катаральный; нервно-артритический) повышают риск нарушений стабильности цитомембран; дисфункции иммунитета.

10)Особенности вскармливания ребенка на первом году жизни (короткий период грудного вскармливания; искусственное вскармливание неадаптированными смесями; продуктами, содержащими большое количество коровьего молока, кефира и др.) опасны развитием метаболических нарушений (оксалурии, уратурии, фосфатурии, кальциурии, цистинурии).

)Наличие в анамнезе вульвита, вульвовагинита, баланита, баланопостита повышают риск появления уретрита, цистита; восходящей уроренальной инфекции.

)Частые острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции опасны возникновением сочетанной вирусно-бактериальной инфекции мочевой системы и обострением хронической бактериальной инфекции мочевой системы.

)Наличие хронических очагов инфекции (тонзиллит, аденоидит, синусит, отит; кариозные зубы) могут привести к возникновению ИМС и обострению хронической патологии мочевой системы.

)Железодефицитная анемия опасна развитием:

гипоксии почечной ткани;

дисфункции иммунитета.

15)Функциональные и органические нарушения со стороны ЖКТ (запоры, дисбактериоз, синдром мальабсорбции) чреваты развитием:

дискинезии мочевыводящих путей;

бессимптомной бактериурии;

метаболических нарушений.

обострения хронической патологии мочевой системы.

)Глистные инвазии (энтеробиоз) опасны развитием:

вульвита, вульвовагинита;

уретрита, цистита.

17)Малоподвижный образ жизни грозят:

нарушениями уродинамики;

кристаллурии.

18)Сахарный диабет влечет за собой развитие инфекций мочевой системы.

## Клиническая картина.

Клиническая картина острого пиелонефрита в типичном случае характеризуется:

·болевым синдромом (боли в пояснице или в животе);

·дизурическими расстройствами (императивные позывы, поллакиурия, болезненность или ощущение жжения, зуда при мочеиспускании, никтурия, энурез);

·симптомами интоксикации (повышение температуры с ознобом, головная боль, вялость, слабость, плохой аппетит, бледность с легким желтушным оттенком и др.).

## Сестринский процесс при пиелонефрите у детей.

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

**Цель этого метода** - обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимального доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов.

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходим:

· расспрос пациента или его родственников

· объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента

· выявление проблем пациента - позволяет заподозрить заболевания почек, в том числе пиелонефрит

· составление плана ухода - при опросе пациента (или его родственников)

· вопросы о перенесенных заболеваниях, наличие бледности с легким желтушным оттенком, повышение АД, болях в поясничной области, изменениях в моче

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз

Наиболее значимыми являются:

· дизурические расстройства;

· головные боли;

· боли в поясничной области;

· общая слабость, повышенная утомляемость;

· тошнота, рвота;

· потребность пациента и членов его семьи в информации о заболевании, методах его профилактики и лечение;

Немалое значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако главную роль играет немедикоментозня и медикоментозная терапии, которые назначены врачом.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определенных инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

Сестринский уход за больным пиелонефритом включает в себя:

1) информировать родителей о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенностях течения, принципах лечения и возможном прогнозе;

2) Убедить родителей и ребенка (если позволяет его возраст) в необходимости госпитализации в нефрологическое отделение стационара для комплексного обследования и проведения адекватного лечения. Оказать помощь в госпитализации;

3) Обеспечить ребенку постельный режим на период обострения заболевания. Создать в палате атмосферу психологического комфорта, постоянно оказывать ему поддержку, познакомить ребенка со сверстниками в палате, своевременно удовлетворять его физические и психологические потребности;

4) Постепенно расширять режим после нормализации температуры тела под контролем состояния и лабораторных показателей;

5) Проводить мониторинг жизненно важных функции (температура тела, ЧСС, ЧДД, АД, суточный диурез);

6) По мере расширения режима постепенно вводить занятия ЛФК: вначале упражнения легкие и привычные, можно лежа или сидя в постели, затем более сложные в положении стоя. Постепенно увеличивать продолжительность занятий, выполнять их медленно с неполной амплитудой. Обязательно включить в комплекс дыхательные упражнения и упражнения на расслабление;

7) Вовлекать родителей и ребенка в планирование и реализацию ухода: обучить правильному мытью рук, проведению туалета наружных половых органов, объяснить технику сбора мочи на различные виды исследования

8) Заранее готовить ребенка к лабораторным и инструментальным методам исследования с помощью терапевтической игры;

9) Ознакомить родителей с основными принципами диетотерапии: обильное питье особенно в первые дни (до 1,5 -2 литров жидкости в день), соблюдение молочно - растительной диеты с ограничением соли и белка в остром периоде, затем стол №5. Постепенно можно перейти на зигзагообразную диету: каждые 7 - 10 дней чередуют продукты, изменяющие РН мочи в кислую или щелочную сторону, тогда не создаются условия для размножения патогенной флоры и образования камней;

10) Посоветовать родителям продолжить фитотерапию в домашних условиях и подобрать травы, обладающие противовоспалительным и мочегонным действием, научить их готовить отвары. В сбор обычно входят: брусника, василёк, зверобой, крапива, листья берёзы, медвежьи ушки, полевой хвощ, ромашка, шиповник, черника, рябина;

11) Постоянно поддерживать положительный эмоциональный настрой у ребенка, давать соответствующие его возрасту задания, корректировать поведение, занимать его чтением книг, спокойными играми, разнообразить досуг, поощрять познавательную деятельность;

12) Убедить родителей после выписки из стационара продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачом - педиатром и нефрологом детской поликлиники в течение 5 лет с контролем анализов мочи, осмотром стоматолога и отоларинголога 2 раза в год;

13) При наличии пузырно - мочеточникового рефлюкса или другой аномалии развития мочевыводящих путей порекомендовать родителям повторную госпитализацию ребенка через 1,5 года для решения вопроса о проведении хирургической коррекции.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. «Студбокс». [Электронный ресурс] – Режим доступа https://studbooks.net/2475036/meditsina/sestrinskiy\_protsess\_pielonefrite\_detey (Дата обращения 19.06.20).
2. «Студмедикс».[Электронный ресурс] – Режим доступа https://studentmedic.ru/referats.php?view=2328 (Дата обращения 19.06.20).
3. Сестринский процесс при пиелонефрите.[Электронный ресурс] – Режим доступа https://fb.ru/article/412588/sestrinskiy-protsess-pri-pielonefrite-u-detey-i-vzroslyih-etapyi-i-printsipyi (Дата обращения 19.06.20).