**Содержание**

Введение

Глава 1. Пиелонефрит

.1 Этиология

.2 Патогенез

.3 Классификация

.4 Клиника

.4.1 Клиника острого пиелонефрита

.4.2 Клиника хронического пиелонефрита

.5 Осложнение

.6 Диагностика

.7 Лечение

.8 Профилактика

Глава 2. Практическая часть

.1 Сестринский процесс при пиелонефрите у детей

.2 Наблюдение

.2.1 Лист первичной оценки пациента

.2.2 Решение проблем пациента

.2.3 План ухода за пациентом

.3 Лабораторные исследования

.4 Памятка по решению проблем пациента с пиелонефритом

Заключение

Список литературы

Приложение

**Введение**

Пиелонефрит у детей занимает одно из ведущих мест среди проблем современной педиатрии. Высокие цифры его распространенности, тенденция к росту числа больных пиелонефритом детей диктуют необходимость пристального внимания к данной проблеме.

Актуальность проблемы пиелонефрита обусловлена не только его высокой распространенностью среди детей, но и большой вариабельностью клинической картины заболевания, и учащением латентных форм, склонностью к рецидивированию, редким наступлением полного излечения.

Неоднозначны данные о распространенности, структуре и факторах риска данного заболевания у детей.

До сих пор сохраняются трудности диагностики данной патологии. Клинические проявления пиелонефрита у детей достаточно разнообразны, характерно большое количество клинических масок пиелонефрита, крайне затрудняющих своевременную диагностику заболевания. Известно, что лейкоцитурия и бактериурия, являющиеся основными лабораторными симптомами пиелонефрита, могут быть проявлениями и другой патологии органов мочеполовой системы, такой как цистит, вульвовагинит, уретрит. Схожесть клинической картины и лабораторной симптоматики пиелонефрита и патологии нижних мочевых путей затрудняет диагностику заболевания и нередко приводит к гипердиагностике пиелонефрита и необоснованному длительному применению препаратов антибактериального действия.

Успешное лечение и профилактика пиелонефрита невозможны без тщательного изучения факторов, способствующих формированию и прогрессированию заболевания. Одной из основных причин возникновения первичного пиелонефрита у детей является изменение их кишечной флоры. При неблагоприятных условиях, таких как кишечные инфекции или частые ОРВИ. Вторичный пиелонефрит обуславливается врожденными аномалиями органов мочеполовой системы.

Большую трудность представляет ранние, до появления клинической картины и лабораторной симптоматики, выявление диагностики и лечения проблемы пиелонефрита и требуют от практикующего врача знание современных данных по этиологии, патогенеза, методов диагностики и лечения пиелонефрита у детей.

Лечение пиелонефрита остается одной из актуальнейших задач детской нефрологии на современном этапе. До настоящего времени наиболее разработана антибактериальная терапия, идет поиск оптимальных препаратов для лечения пиелонефрита, дискутируются вопросы по подбору оптимальных схем противорецидивной терапии и длительности их проведения. Изучение патогенеза пиелонефрита позволило доказать существенную роль активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в его развитии у детей, что требует использования в комплексной терапии заболевания препаратов, способствующих нормализации указанных процессов. В настоящее время выявлено и синтезировано большое количество веществ, обладающих антиоксидантным действием. До настоящего времени дискутируются вопросы о тактике и сроках применения препаратов антиоксидантного действия.

Все вышеизложенное и определяет актуальность выбранной темы исследования. Решение указанных проблем позволит обосновать новые подходы к диагностике пиелонефрита и выбору оптимальной тактики его лечения у детей.

**Предмет изучения**

Сестринский процесс при пиелонефрите у детей

**Объект исследования**

Пациент с острым пиелонефритом

**Цель исследования:**

Выявить проблемы пациента с острым пиелонефритом. Составить памятку для работы с пациентом и его родителями.

**Задачи:**

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

· этиологию и способствующие факторы возникновения пиелонефрита;

· клиническую картину и особенность диагностики данного заболевания;

· методы обследования и подготовку к ним;

· принципы лечения и профилактики пиелонефрита;

· манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

· особенности сестринского процесса при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

· случай описывающий тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациента с данным заболеванием;

· основные результаты обследования и лечения пациента с пиелонефритом, необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

Для достижения данной цели необходимо использовать все возможные методы исследования, такие как:

· научно - теоретический (анализ медицинской литературы по пиелонефриту) ;

· биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации).

· эмпирический (наблюдение, дополнительные методы исследования):

организационный (сравнительный, комплексный) метод;

субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

· психодиагностический (беседа).

**Практическая значимость:**

Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы « Сестринский процесс при пиелонефрите у детей» позволит повысить качество сестринской помощи.

**Глава 1. Пиелонефрит**

**1.1 Пиелонефрит**

пиелонефрит лечение сестринский пациент

Пиелонефрит - микробновоспалительное заболевание почек с поражением чашечно - лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев.

**1.2 Этиология**

Причиной пиелонефрита является инфекция. А также бактерии клепсиелла, протей, кишечная палочка, микоплазма, стафилококк, энтерококк, сальмонеллы, вирусы, грибы.

Первичный пиелонефрит

Чаще всего возникает из-за изменения флоры, которая находится у ребенка в кишечнике и считается условно-патогенной. При неблагоприятных условиях (частых ОРВИ, кишечных инфекциях) возникает дисбактериоз - одна из причин пиелонефрита. Также причинами возникновения первичного воспаления почек урологи считают осложнения кокковых инфекций, будь то кожное заболевание или (гораздо чаще) ангина, грипп. Цистит тоже нередко становится виновником пиелонефрита. В мочевыводящую систему микробы проникают через мочеиспускательный канал. Затем они оказываются в мочевом пузыре, далее - в мочеточниках, лоханках и, наконец, в почках.

Вторичный пиелонефрит

У вторичного пиелонефрита иная природа. Возникновение недуга нередко обусловлено врожденными аномалиями мочевыводящей системы. У ребенка могут быть нарушения в строении или расположении почек, мочеточников, мочевого пузыря. Из-за этого происходит нарушение оттока мочи, либо она забрасывается обратно в почку из нижних путей. Вместе со струей туда попадают бактерии, которые и вызывают воспалительный процесс.

Бывают случаи недоразвития почек. Из-за слишком маленького размера в организме функционирует меньшее количество почечной ткани, чем ему требуется. Поначалу это незаметно. Но ребенок растет, нагрузка на почечную ткань увеличивается, и тогда орган не справляется со своей функцией. Подобные анатомические особенности выявляются уже в первые недели жизни ребенка. В связи с чем многие врачи рекомендуют как можно раньше провести ультразвуковое исследование, чтобы убедиться: с почками все в порядке. А если будет обнаружена патология, начать незамедлительное лечение.

**1.3 Патогенез**

) Нарушение уродинамики - наличие аномалии мочевых путей, приводящих к задержке мочи;

) Бактериурия, развивающаяся как при остром заболевании, так и вследствие присутствия хронического очага инфекции (чаще в желудочно - кишечном тракте при дисбактериозе или наружных гениталиях) или прорыв бактерий через мезентериальные лимфоузлы;

) Предшествующее поражение интерстициальной ткани почки (вследствие метаболической нефропатии, перенесенных вирусных заболевании, злоупотребления некоторыми лекарствами, гипервитаминоза D и др.);

) Нарушение реактивности организма, его гомеостаза, в частности, иммунологической реактивности.

**1.4 Классификация**

По течению различают острый и хронический пиелонефрит.

**1.5 Клиника**

В возникновении пиелонефрита важную роль играют следующие факторы: вид и характер возбудителя инфекции; наличие изменений в почке и мочевых путях, способствующих фиксации в них возбудителя и развитию процесса; пути проникновения инфекции в почку; общее состояние организма и его иммунобиологическая реактивность.

Болезнь у детей может проявляться в следующих признаках:

· Повышенная температура (до 38-39 градусов), общая слабость и головная боль. Аппетит снижен. Признаков простуды при этом нет.

· Задержка (недержание) мочи. При обычном питьевом режиме ребенок долго не мочится или же, наоборот, делает это слишком часто и маленькими порциями, особенно, по ночам, из-за чего он плохо спит. При этом наблюдается резкий зловонный запах мочи.

· Болезненность при мочеиспускании. Понять это можно по соответствующему поведению ребенка: он мочится не сразу, прикладывая усилия и жалуясь на боли внизу живота.

· Изменение цвета мочи. В норме моча должна быть прозрачной и соломенно-желтой, если же она помутнела, потемнела или приобрела красноватый оттенок, значит, возможны проблемы с почками или мочевым пузырем.

· Нарушение стула, тошнота и рвота. Симптомы пиелонефрита у детей, особенно у новорожденных, нередко похожи на проявления кишечных заболеваний. При этом происходит слишком медленный набор веса.

**1.5.1 Клиника острого пиелонефрита**

Клиническая картина острого пиелонефрита в типичном случае характеризуется:

) Болевым синдромом (боли в пояснице или животе);

) Дизурическими расстройствами (болезненность или ощущение жжения, зуда при мочеиспускании);

) Симптомами интоксикации (повышение температуры с ознобом, головная боль, вялость, слабость).

**1.5.2 Клиника хронического пиелонефрита**

Хронический пиелонефрит диагностируют в тех случаях, когда клинические и (или) лабораторные признаки пиелонефрита наблюдаются у ребенка более 1 года.

Хронический пиелонефрит у детей раннего возраста может отмечать только такие общие симптомы, как снижение аппетита, недостаточное увеличение массы тела, роста, отставание психомоторного развития, субфебрилитет.

У детей старшего возраста в клинической картине также могут преобладать признаки интоксикации: апатия, вялость, головные боли, плохой аппетит, расстройство питания, повышенная утомляемость, субфебрильная температура тела, неопределенной локализации боли в животе, реже боли в пояснице при минимально выраженных дизурических расстройствах или даже их отсутствии.

**1.6 Осложнение**

1) Апостематозный нефрит (множество абсцессов в почках), протекающий у детей как острейшее септического характера заболевание с высокой, чаще гектической, температурой тела, выраженной интоксикацией и тяжелым общим состоянием (рвота, тошнота, сухость кожных покровов, судороги, обезвоживание). Диагноз ставят при УЗИ почек.

) Паранефрит (воспаление околопочечной клетчатки) ведущим симптомом тоже является боль в поясничной области; в дальнейшем появляются лейкоциты в моче. Может быть также высокая лихорадка. Обнаруживают положительный симптом Гольдфлама - Пастернацкого. Диагноз ставят при УЗИ почек.

) Некроз почечных сосочков, проявляющийся кровотечением - макрогематурией (иногда с отхождением секвестров почечной ткани), может быть следствием поражения артерий синуса почки (артериальный пендукулит).

**1.7 Диагностика**

· Анализы мочи (общий, по Нечипоренко, по Земницкому).

Определяет повышенное содержание белка в моче и наличие большого количества эритроцитов (гематурия)

· БАК посев

Позволяет выявить возбудителя заболевания и его чувствительность к различным антибиотикам

· Проба Реберга

Определяет почечную выделительную функцию, а также способность канальцев почек выделять/всасывать некоторые вещества

· Общий анализ крови

Позволяет выявить признаки воспаления: лейкоцитоз, повышение СОЭ, увеличение концентрации белка

· Биохимия крови

Устанавливает повышение концентрации мочевины и креатинина крови

· Ежедневное измерение АД

· УЗИ почек

Определяет увеличение размеров почек при остром пиелонефрите и сморщивание при хронических формах болезни или почечной недостаточности

**1.8 Лечение**

Лечение направлено на борьбу с инфекционным процессом, интоксикацией, восстановление уродинамики и функций почек, повышение реактивности организма.

В острый период необходим постельный режим, особенно при высокой температуре тела, ознобе, выраженной интоксикации, дизуричечких расстройствах и болевом синдроме. Назначают диету с ограничением экстративных веществ, экскретируемых эпителием канальцев и оказывающих раздражающее действие (перец, лук, чеснок, насыщенный бульон, копчености и др.). С целью форсирования диуреза в рацион целесообразно включать свежие фрукты и овощи с диуретическими свойствами (арбузы, дыни, кабачки, огурцы). Рекомендуют увеличить прием жидкости на 50% по сравнению с возрастной нормой.

Ввиду того, что пиелонефрит - микробновоспалительное заболевание, необходимо назначать:

· Антибактериальные препараты

· Уросептические препараты

· Фитотерапия

**1.9 Профилактика**

## **Лечение заболеваний полости рта**

Как известно, любое заболевание легче предупредить, чем лечить, поэтому так важно уделять внимание профилактике пиелонефрита в детском возрасте. Чаще всего пиелонефрит развивается на фоне уже имеющейся хронической инфекции. Инфекционными очагами в детском организме могут быть кариозные молочные зубы или аденоиды. Микробы и патогенный бактерии различными путями попадают в почечные фильтры и задерживаются там, провоцируя развитие заболевания.

Поэтому, прежде всего, следует лечить инфекционные заболевания при первых симптомах их появления. Иногда родители считают, что необходимость в лечение молочных зубов отсутствует, так как зубы через некоторое время выпадут. Однако это ошибочное мнение, так как при кариесе в значительной степени повышается риск развития пиелонефрита или других заболеваний почек.

## **Соблюдение правил гигиены**

Следует выделять два пути попадания инфекции в мочевыводящие пути: «сверху» и «снизу». Например, инфекция может спускаться к почкам от аденоидов или подниматься от наружных половых органов. В связи с этим родители должны уделять должное внимание соблюдению правил гигиены у маленьких детей. Кожа детей очень нежная. А слизистые оболочки имеют особенность быстро воспаляться, что является благоприятными условиями для проникновения инфекции в детский организм. Рекомендуется подмывать маленьких детей после каждого опорожнения кишечника, а детям постарше водные процедуры следует устраивать не реже раза в день.

## **Лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта**

Возбудителем пиелонефрита у детей также может быть условно-патогенная микрофлора, например, кишечная палочка. Риск возникновения воспалительного процесса в почках возрастает после переохлаждения или в результате недавно перенесенной вирусной инфекции. В таких случаях создаются благоприятные условия для активизации возбудителей заболевания. Не так уж редки случаи, когда возбудителем пиелонефрита у детей служат условно-патогенные микробы, например, кишечная палочка, обитающая в кишечнике. При вирусной инфекции у детей, особенно гриппе, особе внимание следует уделить лечению. После выздоровления требуется обязательно провести курс иммунной терапии и дать организму полностью восстановиться после болезни.

**Глава 2. Практическая часть**

**2.1 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:

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

) 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;

) 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;

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

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

) 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;

) 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

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

) 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;

) 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;

) 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;

) 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;

) 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.

**2.2 Наблюдение**

**.2.1 Лист первичной оценки пациента**

Пациент: Зенкова Д.С. 6 лет, поступила в детское отделение с диагнозом острый пиелонефрит.

Осуществляя 1-ый этап сестринского процесса - сестринское обследование, был заполнен лист первичной оценки.

**Жалобы:** головная боль, общая слабость, понижение аппетита, температура тела 38,6 С. Беспокоят боли в поясничной области ноющего характера, болезненные и частые мочеиспускания.

**Объективно:** кожные покровы бледные, чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. ЧДД 26, PS 102 в мин.

-ой этап сестринского процесса - выявление нарушенных потребностей, определение проблем: настоящие, приоритетные, потенциальные.

**Настоящие проблемы:**

- частое мочеиспускание;

лихорадка;

снижение аппетита;

головная боль.

**Потенциальные проблемы:**

- риск нарушения целостности кожи в области складок промежности

**Приоритетная проблема:** частое мочеиспускание

-ий этап - планирование сестринских вмешательств

-ий этап - характеризуется реализацией сестринского ухода

На 5-ом этапе происходит оценка результатов сестринских вмешательств: пациент отмечает отсутствие боли при мочеиспускании, головной боли.

**2.2.2 Решение проблем пациента**

|  |  |
| --- | --- |
| Проблема пациента | Вмешательство |
| Боль в поясничной области ноющего характера | 1. Придать пациенту удобное положение в постели. 2. Обеспечить пациенту покой. 3. Тепло на область поясницы и ног (грелки, согревающие компрессы). 4. Применять назначенные врачом спазмолитические препараты, антибиотики, уросептики. |
| Боль режущего характера при мочеиспускании | 1. Помочь пациенту принять дренажное (коленно-локтевое) положении на твердой поверхности (не реже 3 раз в день по 5-10 мин). 2. Обеспечить обильный приём жидкости (клюквенный морс, брусничный морс). 3. Применять назначенные врачом спазмолитические и мочегонные препараты и травы. 4.Подготовить пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования. 5. Ввести диету №7. |
| Головная боль | 1.успокоить пациента и придать ему удобное положение в постели 2.устранить экстремальные зрительные и слуховые раздражения, затемнить помещение 3.принять теплые ванны для рук и ног 4.предложить пациенту кофеин содержащие напитки, например: крепки чай 5.применить назначенные врачом препараты. |
| Повышение температуры | 1.тепло укрыть пациента 2.применить тепло на область ног (грелки) 3.дать, пациенту сладкий горячи чай 5.применить назначенные врачом препараты |

**2.2.3 План ухода**

**Краткосрочная цель:** пациент отметит уменьшение болей в течение 2-х часов

**Долгосрочная цель:** пациент отметит отсутствие болей к моменту выписки

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. информировать родителей о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенностях течения, принципах лечения и возможном прогнозе. | - обеспечивается право ребенка если позволяет его возраст на информацию; -ребенок и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода. |
| 2.Организовать стол №7 с ограничением острых, соленых блюд, пряностей, жидкости. Примечание: при уходе в острый период за больным ребенком организовать обильное питьё под строгим контролем диуреза. | - уменьшается раздражение паренхимы почек, а следовательно уменьшается болевой синдром; -уменьшается нагрузки на почки; -острый период пиелонефрита сопровождается интоксикацией. |
| 3.На период обострения обеспечить ребенку постельный режим создавая в палате атмосферу психологического комфорта. | «почки любят горизонтальное положение», так как в горизонтальном положении уменьшается болевой синдром, улучшается кровоснабжение почек, следовательно, улучшаются регенераторные процессы. |
| 4.Четко регистрировать диурез. | -снижение диуреза свидетельствует о задержке жидкости в организме; -нарушение диуреза свидетельствует о возможном нарушении функций почек. |
| 5.Оберегать ребенка от присоединения сопутствующих инфекций, простудных заболеваний. | -любая дополнительная инфекция может привести к обострению заболевания. |
| 6.ограничить физические и эмоциональные нагрузки ребенку при организации труда и отдыха. | -нагрузки провоцируют повышение АД, усиление болевого синдрома. |
| 7.организовать строгое проведение гигиены половых органов. | Возможен восходящий путь инфекции. |
| 8.оберегать ребенка от переохлаждений | -при охлаждении снижается иммунитет (общий и местный) из этого следует обострение процесса. |
| 9.проводить регулярный контроль АД, обучить родственников больного ребенка технике измерения АД. | -не допустить значительного повышения АД, |

**2.3 Лабораторные исследования**

Забор крови на биохимический анализ Техника выполнения:

Перед манипуляцией медсестра, информирует пациента о предстоящей процедуре, получает его согласие;

Вымыть руки под проточной водой и высушить их;

Проверить дату стерилизации и индикаторы стерильности, а так же целостности упаковки лотков, ватных шариков, пинцета и шприца;

Присоединить иглу, проверите ее проходимость, не снимая колпачок;

Положить собранный шприц и 4-5 шт. ватных шариков смоченных в спирте в стерильный лоток;

Провести гигиеническую обработку рук, одеть перчатки;

Усадить пациента, под локоть подложить валик;

Выше локтевого сгиба на защищенную поверхность руки наложить жгут;

Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак;

Пропальпировать наиболее доступную вену и предложить пациенту зажать кулак;

Обработать место инъекции 2-мя ватными шариками, смоченными в спирте;

Фиксировать вену, натянув кожу локтевого сгиба;

Взять шприц в правую руку и параллельно руке ввести иглу в вену;

14.Потянуть поршень на себя, убедится что игла в вене и набрать 5- 10 мл на исследование;

Предложить пациенту разжать кулак;

Снять жгут;

Слегка прижать к месту пункции ватный шарик, извлечь иглу;

Попросить пациента согнуть руку в локтевом сгибе 5 минут;

Кровь из шприца аккуратно перелить в пробирку;

Приклеить к пробирки кодовый номер пациента, поместить направление в полиэтиленовый пакет;

Пробирки с кровью вместе со штативом поставить в контейнер и плотно закрыть;

Использованный материал поместить в дезинфицирующий раствор;

Контейнер с направлением транспортировать в лабораторию.

•Определение водного баланса

Подготовка пациента и техника выполнения:

Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящем исследовании. Подробно объясняют, что завтра утром в 6.00 ему необходимо помочиться в унитаз и подойти к постовой медицинской сестре для измерения массы тела. Все следующие мочеиспускания в течение суток (до утра следующего дня) пациенту необходимо совершать в горшок и переливать в банку. Последнее мочеиспускание в банку пациенту необходимо сделать в 6.00 утра следующего дня и повторно подойти к постовой медицинской сестре для взвешивания. Кроме того, с завтрашнего утра в течение суток пациенту необходимо учитывать количество выпитой жидкости, а также съеденные фрукты, овощи и жидкие блюда. Количество жидкости по мере ее употребления необходимо записывать в Листке учета выпитой жидкости. Среднего размера фрукты и овощи принято считать за 100 г жидкости;

Через сутки медицинской сестре необходимо измерить количество мочи в трехлитровой банке, подсчитать количество выпитой жидкости и отметить эти данные, а также массу тела пациента до исследования и в его конце в температурном листе в соответствующих графах.

•Проба Реберга

Подготовка пациента:

Пациенту следует избегать физических нагрузок, исключить крепкий чай, кофе

Пациент нужно соблюдать обычный водный режим

Пациенту следует ограничить прием мясной пищи

Следует иметь ввиду, что прием кортикотропина, кортизола, тироксина, метилпреднизолона, фуросемида и других лекарственных препаратов может оказывать влияние на величину фильтрации, поэтому следует заранее обсудить с лечащим врачом условия проведения пробы

Техника выполнения:

Утром освободить мочевой пузырь полностью (эту порцию мочи вылить)

Натощак выпить 400-500 мл воды или слабого чая (без сахара). Отметить точное время

Ровно через час собрать полностью мочу в контейнер

В середине этого часа сдать кровь строго натощак из вены для определения креатинина в сыворотке

Еще через час, то есть через два часа после утреннего мочеиспускания, необходимо помочиться. При этом следует собрать в емкость всю выделенную мочу. В промежутке между первым и вторым мочеиспусканием посещать туалет не следует

• Анализ мочи по Нечипоренко Подготовка пациента и техника выполнения:

Проинформировать больного о целях исследования и правилах сбора мочи на пробу по Нечипоренко

Подготовить емкость и промаркировать ее

Составить направление, указать в нем наименование исследования, Ф. И. О. пациента, дату и поставить подпись

Больному следует выполнить туалет половых органов

Пациенту утром (сразу после сна) надо собрать среднюю порцию мочи по методу 3-х стаканной пробы: начинать мочиться в унитаз, среднюю порцию собрать в посуду для лабораторного исследования, заканчивать - в унитаз

Собранный материал нужно отправить в лабораторию

• Анализ мочи по Зимницкому

Подготовка пациента:

. Следует отменить мочегонные препараты перед началом сбора мочи 2. Необходимо соблюдать определенный водный режим: употребление жидкости - не более 1,5 л в сутки

Техника выполнения:

Подготовить 8 банок емкостью 200 мл и 2 дополнительные

На каждый флакон наклеить этикетку: анализ мочи по Зимницкому, порция 1, время - 9 ч, Ф. И. О. пациента, его возраст, отделение, номер палаты, дата и подпись

Проинформировать пациента, что в день исследования нужно в 6 ч помочиться в унитаз, затем в течение суток собрать мочу в подготовленные емкости. С9чдо 12ч - одна емкость, с 12ч до 15ч- другая и т. д. Сбор проводится в течение суток

Утром все порции мочи с направлениями до 8 ч отправить в лабораторию

5. Дополнительные емкости используют при большом количестве мочи; на этикетке указывают, что это дополнительная емкость к порции. Если в какой-либо промежуток времени диуреза не будет, то в лабораторию отправляют пустую емкость

•УЗИ-почек

Подготовка пациента:

За три дня до проведения исследования из пищевого рациона необходимо исключить черный хлеб, свежее молоко, картофель, капусту, сырые овощи и фрукты, сладости;

В течение трех дней нужно принимать активированный уголь, Эспумизан или другие энтеросорбенты, снижающие проявления метеоризма и скопление газов в кишечнике;

Накануне исследования ужин должен быть легким, не позже 19 часов. После ужина необходимо сделать очистительную клизму;

В день проведения исследования прием пищи и питье не ограничивается;

Исследование проводится при полном мочевом пузыре, поэтому необходимо не мочиться до исследования в течение 3-4 часов и выпить 1-2 стакана негазированной жидкости за 1 час до процедуры УЗИ;

При себе пациенту нужно иметь: амбулаторную карточку с результатами последних анализов и записями специалистов, чистую простыню и полотенце.

Диета №7

Рекомендуемые продукты и блюда для диеты № 7:

Хлеб и мучные изделия - хлеб безбелковый, белый пшеничный отрубной (выпекается без соли);

Супы - преимущественно вегетарианские с овощами, крупами, макаронными изделиями, готовятся без соли, заправляются сливочным маслом, сдабриваются зеленью, лимоном;

Мясо и птица ограничиваются первые 2 недели лечения. В дальнейшем мясо нежирных сортов, в отварном виде и с последующим обжариванием, рубленные и куском;

Рыба нежирных сортов в отварном и запеченном виде;

Яйца - 1-2 яйца в день в виде белковых омлетов, всмятку;

Молоко и молочные продукты - молоко, кисломолочные напитки, творог натуральный и в виде запеканок, пудингов. Все в ограниченном количестве;

Овощи и зелень - картофель, морковь, свекла, цветная капуста, салат, помидоры, огурцы, петрушка, укроп, отварные и в натуральном виде;

Фрукты и сладкие блюда - фрукты и ягоды отварные и в натуральном виде (особенно рекомендуются арбуз, дыня) пюре, желе, муссы на крахмале, сахар, мед, варенье, джемы ;

Крупяные и макаронные изделия ограничены, заменяются саго и специальными макаронными изделиями;

Закуски - сыр не острый, телятина, овощные и фруктовые салаты, заливная рыба, винегрет с растительным маслом;

Жиры - разные, исключены тугоплавкие;

Соусы - молочный, сметанный, овощной, фруктовые сладкие подливы, с исключением мясных, грибных и рыбных отваров;

Напитки - некрепкий чай, чай с молоком, отвар шиповника и черной смородины, разбавленные водой 1:1 фруктовые овощные и ягодные соки;

Рекомендованы те же продукты, что и в столе №76, только в несколько большем количестве.

• Исключаемые продукты и блюда для диеты №7

Хлеб обычной выпечки, черный хлеб;

Все соленые продукты;

Мясные, рыбные и грибные бульоны;

Жирные сорта мяса, рыбы, птицы, колбасы, копчености, мясные и рыбные консервы, соленая рыба, сыры;

Закусочные консервы;

Бобовые, лук, чеснок, щавель, грибы соленые, маринованные и квашеные овощи;

Шоколад, крепкий кофе, какао;

Минеральная вода, богатая натрием.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № диеты | Общая характеристика | Режим питания |
| 7а | Диета с ограничением белков, жиров и углеводов в пределах физиологической нормы. Бессолевая гипонатриевая диета (пищу готовят без соли, специально выпекают бессолевой хлеб). Содержание натрия в продуктах составляет 400 мг, что составляет 1 г поваренной соли. Кулинарная обработка продуктов - без механического щажения. Овощи, фрукты, ягоды в достаточном количестве, часто - в сыром виде. Все блюда готовят без соли, мясо и рыбу - отваривают, возможно, с последующим запеканием или поджариванием. | Приём пищи 5 раз в день |
| 76 | Содержание жиров и углеводов - в пределах физиологической нормы, но количество белков увеличено до 45 - 50 г с добавлением одной порции отварного мяса или отварной рыбы и 200 г молока или кефира. В остальном по набору продуктов и характеру кулинарной обработки диета такая же, как диета №7а. Содержание поваренной соли увеличено до 1,5 г. | Пищу дают 5 - 6 раз в день |
| 7 | Бессолевая по набору продуктов и характеру кулинарной обработки диета, подобная диетам №7а и 76, но количество белков увеличено до 80 г добавлением м яса или рыбы в отварном виде, а также творога. | Приём пищи 4-5 раз в день |

**Заключение**

Таким образом, в ходе данной курсовой работы изучены все теоретические и практические вопросы, касающиеся заболевания пиелонефрит. Достигнуты цели курсовой работы, а именно проведено сестринское обследование: расспрос пациента, выявление его проблем, составление плана ухода, а также разработка памяток для работы с пациентом.

В ходе работы достигнуты все поставленные задачи. Изложены: причины возникновения пиелонефрита, патогенез, классификация, клиника как острого так и хронического пиелонефрита, осложнения и прогноз, методы диагностики и лечения, меры профилактики.

При работе с пациентом было выявлено, что ведущей проблемой ухода при пиелонефрите является дефицит знаний у пациента о своем заболевании, о принципах диеты, о лабораторных и инструментальных методах исследованиях при пиелонефрите, о процессе подготовки к ним.

**Литература**

А.А. Баранов. Страна без детей не имеет будущего. Мед. курьер. 1997. N2(3), с. 10-12.

Н.В. Белобородова, Е.Н. Падейская, А.В. Бирюков. Дискуссия о ципрофлоксацине и других фторхинолонах в педиатрии. Москва, 1996.

И.П. Замотаев. Клиническая фармакология антибиотиков и тактика их применения. Москва, 1978.

М.С. Игнатова, Ю.Е. Вельтищев. Детская нефрология. Л., Медицина, 1989, с.306-308.

Г.В. Калугина, М.С. Клушанцева, Л.Ф. Шехаб. - Хронический пиелонефрит. М., Медицина, 1993, 240 с.

И.В. Маркова, М.В. Неженцев, А.В. Папаян. Лечение заболеваний почек у детей. Санкт-Петербург. 1994, с. 186-192.

И.Г. Мултых, Е.А. Молодова. Возбудители клинически значимых бактериурий. Клин. лаб. диагн. 1994, N5, с. 44-45

А.В. Терещенко, Д.А. Сеймивский, С.А. Ильин и др. Урол. и нефрол. 1991, N2, с.24-28.

В.К. Таточенко. Антибиотико- и химиотерапия инфекций у детей (Справочник). Москва. 1996.

Р. Таушниц. Антибактериальная химиотерапия. Карманный справочник.

О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. Пиелонефриты. СПбМАПО. Медиа пресс. 1996, с.240.

П.К. Яцык, Т.Б. Сенцова, Р.Т. Габибли. Микробиологические особенности инфекционного процесса у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом. Урол. и нефрол. 1988, N4, с. 17-20.

**Приложение**

Лист первичной оценки.

ФИО пациента: Зенкова Д.С

Адрес проживания: ул.Осипенко д.6

Телефон: 47-4-94

Лечащий врач: Петрова А.С.

Диагноз: острый пиелонефрит

Дата поступления:15.03.15

Время: 10:35

Первично

Поступил: самостоятельно

Способ транспортировки: пешком

Сознание: ясное, контактна, ориентирована

Потребность в дыхании: дыхание свободное

Частота дыхательных движений: 26 в мин.

Частота пульса:102 в мин.

АД: 105/75

Кашель нет

Потребность в адекватном питании и питье

Масса тела: 26 кг.

Рост: 128

Принимает пищу и питье: самостоятельно

Аппетит: пониженный

Диета: нет

Аллергия: нет

Диспепсические расстройства: нет

Зубы: смена зубов

Принимает жидкость: достаточно

Способность одеться, раздеться, личная гигиена: независима

Одевается, раздевается: самостоятельно

Состояние кожи: кожные покровы бледные, чистые

способность поддерживать нормальную температуру тела: нет

температура тела в момент обследования:38,6 С

имеется: общая слабость, понижение аппетита

Физиологические отправления

Мочеиспускание: болезненные и частые

Функционирование кишечника

Частота: 1раз/сут.

Характер стула: обычной консистенции

Потребность в движении: независима

Ходьба: пешком, самостоятельно

Риск падения: нет

Риск развития пролежней: нет

Потребность во сне: спит хорошо

Активность: общая слабость

Слух: нормальный

Зрение: нормальное

Двигательные и сенсорные отклонения: нет

**Памятка по решению проблем пациента с пиелонефритом**

1) Режим дня

В острый период пиелонефрита постельный или полупостельный режим. Соблюдение режима дня с достаточным сном. Пребывание на свежем воздухе не менее 4-5 часов. Проветривание помещений;

2) Обильное питье

Сладкие напитки (компоты, кисели, некрепкий чай), фруктовые и овощные соки. Детям первого года жизни - 200-400 мл/сутки С 1 года до 3 лет -1 литр. С 4 до 7 лет -1,5 литра. Взрослым и детям старше 7 лет -1,5-2 литра;

3) Режим мочеиспусканий

Соблюдение режима регулярных мочеиспусканий каждые 2-3 часа;

4) Забота о себе

Избегайте переохлаждения, переутомления, большой физической нагрузки. Через 2 недели от начала обострения пиелонефрита рекомендуется лечебная физкультура;

5) Режим питания и диеты

Прием пищи: 4-5 раз в день в одни и те же часы. Приготовление пищи: в отварном виде и на пару. Больным, перенесшим пиелонефрит показана молочно-растительная и щадящая капустно-картофельная диета;

Разрешаются:

хлеб черствый, вегетарианские супы, нежирные отварные мясные и рыбные блюда, овощи (картофель, капуста, свекла, морковь, помидоры, тыква, кабачки), разнообразные крупы, яйца всмятку;

Запрещаются:

любые острые и жареные блюда, копчености (ветчина, колбасы), пряности, наваристые супы, консервы, соленые и маринованные овощи, майонез, кетчуп, горчица, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки. Постоянное наблюдение у нефролога;

6) Регулярное диспансерное наблюдение врача с контролем анализа мочи, функционального состояния почек

Лечение хронических очагов инфекции: гайморит, хронический тонзиллит, кариес и пр.;

7)Витаминотерапия

Преимущественно витамины: А, Е и витамины группы В

Лечение и профилактика инфекций почек и мочевых путей (по назначению врача);

) Фитотерапия: зверобой продырявленный, полевой хвощ, толокнянка, крапива, тысячелистник;

9)В составе комплексной терапии антибиотики и/или уросептики, применяется растительный лекарственный препарат Канефрон® Н (Германия) для лечения и профилактики воспалительных заболеваний почек и мочевых путей (цистит, пиелонефрит), а также при мочекаменной болезни;

) Санаторно - курортное лечение: санатории Обуховский, Нижние радоновые ванны, Пятигорск.