**Список сокращений**

АД – артериальное давление

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ПН – пиелонефрит

ЛС – лекарственное средство

ОПН – острый пиелонефрит

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХПН – хронический пиелонефрит

ЦНС – центральная нервная система

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

**Введение**

Пиелонефрит - воспаление ткани почки. Пиелонефритом может заболеть человек любого возраста, но чаще им болеют:

* дети до 7 лет, у которых заболевание связано с анатомическими особенностями развития;
* девушки и женщины 18-30 лет, у которых появление пиелонефрита связано с началом половой жизни, с беременностью или родами;
* пожилые мужчины, страдающие аденомой предстательной железы.

Кроме перечисленного, одной из наиболее частых причин пиелонефрита является мочекаменная болезнь и частые приступы почечной колики.

При всех этих заболеваниях и состояниях нарушается отток мочи из почки, что дает возможность размножаться в ней микроорганизмам. Также способствуют развитию пиелонефрита такие факторы, как снижение общего иммунитета организма, сахарный диабет, хронические воспалительные заболевания. По своему течению пиелонефрит может быть острым и хроническим.

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Существуют различия в заболеваемости пиелонефритом мужчин и женщин в разные возрастные периоды. В целом женщины преобладают среди больныхпиелонефритом.

В возрасте от 2 до 15 лет девочки болеют пиелонефритом в 6 раз чаще, чем мальчики, почти такое же соотношение отмечается междумужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. В пожилом возрасте пиелонефрит чаще возникает у мужчин. Эти различия связаны с нарушением уродинамики и инфицированием мочевыводящих путей в разные возрастные периоды у представителей разного пола.

Пиелонефрит может быть самостоятельным заболеванием, но чаще осложняет течение различных заболеваний (мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, заболевания женских половых органов, опухоли мочеполовой системы, сахарный диабет) или возникает как послеоперационное осложнение.

Не осложненные инфекции почек возникают при отсутствии структурных изменений у больных без серьезных сопутствующих заболеваний; они, как правило, наблюдаются в амбулаторной практике.

Осложненные инфекции возникают у больных с различными обструктивными уропатиями, на фоне катетеризации мочевого пузыря, а также у больных с сопутствующей патологией (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, иммуносупрессивная терапия и др.). У больных пожилого возраста закономерны осложненные инфекции.

Особое место занимает старческий пиелонефрит - основная проблема гериатрической нефрологической клиники. Его частота возрастает с каждым десятилетием жизни пожилого человека, достигая на десятом десятилетии 45% у мужчин и 40% у женщин.

В настоящей работе не ставилось задачи подробного обсуждения всех аспектов данного заболевания, а основное внимание уделяется вопросам антибактериальной терапии пиелонефрита. Однако вкратце целесообразно остановиться на дифференциальной диагностике инфекций мочевыводящих путей, так как своевременность постановки диагноза во многом определяет прогноз лечения.

Предмет изучения.

Сестринский процесс при пиелонефрите

Объект исследования.

Сестринский процесс.

Цель исследования.

Изучение сестринского процесса при пиелонефрите

Задачи.

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

* этиологию и способствующие факторы возникновения ПН;
* клиническую картину и особенность диагностики данного заболевания;
* методы обследования и подготовку к ним;
* принципы лечения и профилактики ПН;
* осложнения;

- манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

- особенности сестринского процесса при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

* два случая, описывающие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациента с данным заболеванием;
* основные результаты обследования и лечения пациентов с ПН, необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

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

* научно-теоретический анализ медицинской литературы по ПН.
* 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);
* биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
* психодиагностический (беседа).

Практическая значимость:

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

**1. Пиелонефрит**

Пиелонефрит — [воспалительное](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [заболевание](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [почек](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%B0_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)) преимущественно бактериальной [этиологии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F), характеризующееся поражением почечной лоханки, чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани).

**1.1.Этиология**

Причиной пиелонефрита всегда является инфекция. Факторы, способствующие развитию инфекционного процесса в почке:

• Нарушения оттока мочи

• сужения мочеточника,

• аномалии развития почек

• гидронефроз,

• рефлюкс,

• опухоль,

• камни

Предшествующие заболевания почек, особенно интерстициальный нефрит Иммунодефицитные состояния (лечение цитостатиками и/или преднизолоном, сахарный диабет, дефекты иммунитета) Гормональный дисбаланс (беременность, менопауза, длительный приём противозачаточных средств)

**1.2.Патогенез**

Местные очаги инфекции играют ведущую роль в возникновении пиелонефрита в антибактериальный период. Ими могут быть

* миндалины,
* придаточные пазухи носа
* кариозные зубы,
* легкие,
* желчные пути,
* гнойные поражения кожи,
* остеомиелит.

Для женщин основным источником заражения почек являются половые органы при остром и хроническом воспалении в них. Такой патогенетический фактор у женщин является преобладающим, чем, наряду с некоторыми анатомофизиологическими особенностями, и объясняется наибольшая частота пиелонефрита у лиц женского пола, составляющая свыше 80%.

**1.3 Клиника и классификация**

Заболевание начинается внезапно, резко повышается температура до 39-40 °С, проявляется

* слабость,
* головная боль,
* обильное потоотделение,
* тошнота и рвота.
* боли в пояснице, как правило, с одной стороны.

По течению различают острый или хронический пиелонефрит

Острый пиелонефрит

В возникновении пиелонефрита важную роль играют роль 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. Клиническая картина. Начальной стадией заболевания является интерстициальный серозный пиелонефрит, который не сопровождается деструкцией почечной ткани; позднее возникает стадия гнойного воспаления, характеризующаяся разрушением почечной ткани в очаге воспаления. В зависимости от характера изменений в почечной паренхиме различают следующей формы острого гнойного пиелонефрита

* апостематозный,
* карбункул
* абсцесс почки.

Симптоматика острого пиелонефрита в значительной мере зависит от степени нарушения пассажа мочи. При первичном остром пиелонефрите местные признаки выражены слабо или отсутствуют. Состояние больного тяжелое, отмечаются

* общая слабость
* озноб,
* повышение температуры тела до 39—40°,
* обильный пот,
* боли во всем теле,
* тошнота, иногда рвота,
* сухой язык,
* Тахикардия

При вторичном пиелонефрите, обусловленном нарушением оттока мочи из почки, в острой фазе наблюдается характерная смена симптомов. Как правило, ухудшение состояния больного совпадает с резким усилением болей в поясничной области или приступом почечной колики вследствие нарушения оттока мочи из почечной лоханки. На высоте болей возникает озноб, который сменяется жаром и резким повышением температуры тела. Затем температура тела критически падает до субфебрильной, что сопровождается обильным потоотделением; интенсивность боли в области почки постепенно снижается вплоть до ее исчезновения. Однако если препятствие оттоку мочи не устранено, после нескольких часов улучшения самочувствия вновь усиливается боль и наступает новый приступ острого пиелонефрита. Течение острого пиелонефрита варьирует в зависимости от

* состояния организма
* возраста,
* пола,
* предшествующего состояния почек и мочевых путей.

Для детей характерна выраженность интоксикационного синдрома, а также характерно развитие так называемого абдоминального синдрома (выраженные боли не в поясничной области, а в животе). При первичном пиелонефрите локальные признаки выражены слабо или отсутствуют. Состояние больного тяжелое. Отмечаются общая слабость, потрясающие ознобы с повышением температуры до 39-40 С и проливным потом, тахикардия, снижение аппетита, тошнота, рвота, сухость во рту. При вторичном пиелонефрите, обусловленном нарушением оттока мочи из почки, ухудшение состояния больного совпадает с усилением боли в поясничной области или приступом почечной колики. На высоте боли возникает озноб, затем повышение температуры тела до субфебрильных цифр и проливным потом. Если препятствие к оттоку мочи не устраняется, то после нескольких часов кажущегося улучшения состояния вновь наступает новая атака пиелонефрита. Клиническая картина острого пиелонефрита зависит от состояния организма, возраста, пола, предшествующего состояния почек и мочевых путей. У ослабленных больных, лиц пожилого и старческого возраста клинически проявления

* менее выражены,
* отсутствуют
* или извращены.

Наблюдаются картина общего инфекционного заболевания или сепсиса без признаков поражения мочевых органов, картина острого живота, отмечаются признаки, напоминающие менингит и др. Эмфизематозный пиелонефрит протекает как тяжелое септическое заболевание. Чаще возникает при ненарушенном пассаже мочи, и поэтому симптомы почечной колики отсутствуют. Отмечается резкая болезненность в области пораженной почки вследствие газовой инфильтрации паранефральной клетчатки и деструкции почеченой паренхимы. Наиболее типичными клиническими признаками его являются

* упорная лиходардка,
* боли в животе,
* тошнота,рвота
* при исследовании мочи пиурия.

Хронический пиелонефрит

**Хронический пиелонефрит** может быть следствием неизлеченного острого пиелонефрита (чаще) или первично-хроническим, т. е. может протекать без острых явлений с начала заболевания. У большинства больных хронический пиелонефрит возникает в детском возрасте, особенно у девочек. У 1/3 больных при обычном обследовании не удается выявить несомненных признаков пиелонефрита. Нередко лишь периоды необъяснимой лихорадки свидетельствуют об обострении болезни. В последние годы все чаще отмечаются случаи комбинированного заболевания хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом.

Может протекать под масками.

1. Латентная форма - 20% больных. Чаще всего жалоб нет, а если есть, то слабость, повышенная утомляемость, реже субфебрилитет. У женщин в период беременности могут быть токсикозы. Функциональное исследование ничего не выявляет, если только редко немотивированное повышение АД, легкую болезненность при поколачивании по пояснице. Диагноз лабораторно. Решающее значение имеют повторные анализы: лейкоцитурия, умеренная не более 1 - 3 г/л протеинурия + проба Нечипоренко. Клетки Штенгаймера - Мальбина сомнительно, но если их больше 40%, то характерно для пиелонефрита. Активные лейкоциты обнаруживают редко. Истинная бактериурия \*\*\*\*\*> 10 5 бактерий в 1 мл.

Чтобы доказать ее, 30 г преднизолона в/в и оценивают показатели (повышение лейкоцитов в 2 и более раз, могут появиться активные лейкоциты).

2. Рецидивирующая почти 80%. Чередование обострений и ремиссий. Особенности: интоксикационный синдром с повышением температуры, ознобы, которые могут быть даже при нормальной температуре, в клиническом анализе крови лейкоцитоз, повышенное СОЭ, сдвиг влево, С-реактивный белок. Боли в поясничной области, чаще 2-х сторонние, у некоторых по типу почечной колики: боль асимметрична! Дизурический и гематурический синдромы. Гематурический синдром сейчас бывает чаще, может быть микрои макрогематурия. Повышение АД. Самое неблагоприятное сочетание синдромов: гематурия + гипертензия - > через 2-4 года хроническая почечная недостаточность.

3. Гипертоническая форма: ведущий синдром - повышение АД, может быть первым и единственным, мочевой синдром не выражен и непостоянен. Провокацию делать опасно, так как может быть повышение АД.

4. Анемическая редко. Стойкая гипохромная анемия, может быть единственным признаком. Связана с нарушением продукции эритропоэтина, мочевой синдром не выражен и непостоянен.

5. Гематурическая: рецидивы макрогематурии.

6. Тубулярная: неконтролируемые потери с мочой Na + и K + (соль - теряющая почка). Ацидоз. Гиповолемия, гипотензия, снижение клубочковой фильтрации, может быть ОПН.

7. Азотемическая: проявляется впервые уже хр. поч. недостат.

**1.4 Осложнение и прогноз**

Наиболее частые осложнения [пиелонефрита](http://ztema.ru/illness/36/) связаны с распространием инфекции по почке и в окружающие ткани. Так острый пиелонефрит может осложняться

* паранефритом,
* формированием гнойничков в почке (апостематозный пиелонефрит),
* карбункула
* абсцесса почки,
* некрозом почечных сосочков, что является показанием к оперативному вмешательству.

Пионефроз – представляет собой терминальную стадию гнойно-деструктивного пиелонефрита*.* Пионефротическая почка представляет собой орган, подвергшийся гнойному расплавлению, состоящий из отдельных полостей, заполненных гноем, мочой и продуктами тканевого распада.

Двухсторонний процесс, влияя на выделительную функцию почек, может приводить к развитию почечной недостаточности.

**1.5 Диагностика**

1. Анализы мочи (Общий, по Нечипоренко, по Зимницкому)

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

1. Общий анализ крови

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

1. Биохимия крови

Устанавливает повышение концентрации мочевины и креатинина крови.

1. Ежедневное измерение АД
2. УЗИ почек

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

1. Радиоизотопная ангиоренография

В организм пациента вводятся радиоактивные изотопы – вещества, способные испускать радиоактивные лучи. При введении они смешиваются с другими веществами, накапливающимися во внутренних органах, и исполняют роль «меток» которые дают возможность обнаружить во внутренних органах введенные препараты, могущие указать на изменения, новообразования и. т. д.

1. ЭКГ
2. Биопсия почек

Позволяет уточнить форму пиелонефрита, его активность, исключить заболевания почек со сходной симптоматикой.

**1.6 Лечение**

1. Больные подлежат госпитализации с обострением ХПН или ОПН.
2. Строгий постельный режим в начале заболевания 2-3 недели, затем при улучшение состояния, нормализации АД, исчезновение отеков пациента переводят на полупостельный режим
3. Назначают диету (№7, 7а, 7б) при которой ограничивают:
   * поступления в организм поваренной соли;
   * поступления белка;
   * поступления воды.

Количество выпитой воды должно соответствовать количеству выделенной жидкости.

1. Медикаментозная терапия.

* антибиотики
* . Назначают препараты группы пенициллина (бензилпенициллин по 1 000 000-2 000 000 ЕД/сут, оксациллин внутрь или в/м по 2-3 г/сут, ампициллин внутрь до 6-10 г/сут, ампициллина натриевую соль в/м или в/в не менее 2-3 г/сут и др. ) симптоматическая терапия гипотензивными препаратами, мочегонными средствами

(папаверин, капотен ,фуросемид (лазикс), верошпирон, гипотиазид,).

* антиагрегатные препараты

(гепарин, гепальпан, метинзол)

* нестероидные противовоспалительные препараты

(вольтарен, бруфен)

* антигистаминные средства

(тавегил, супрастин и т. д.)

1. Устранение очагов инфекции
2. **Лечение хронического пиелонефрита**

должно проводиться длительно (годами). Начинать лечение следует с назначения нитрофуранов (фурадонин, фурадантин и др. ), налидиксовой кислоты (неграм, невиграмон), 5-НОК, сульфаниламидов (уросульфан, атазол и др. ), попеременно чередуя их. Одновременно целесообразно проводить лечение клюквенным экстрактом. При неэффективности этих препаратов, обострениях болезни применяют антибиотики широкого спектра действия. Назначению антибиотика каждый раз должно предшествовать определение чувствительности к нему микрофлоры. Большинству больных достаточны ежемесячные 10-дневные курсы лечения. Однако у части больных при такой терапевтической тактике из мочи продол-жает высеваться вирулентная микрофлора. В таких случаях рекомендуется дли-тельная непрерывная антибиотикотерапия со сменой препаратов каждые 5-7 дней.

**1.7 Профилактика**

Профилактика при ОПН и ХПН сводится к :

* Ранняя диагностика.
* Антибактериальное лечение (пенициллин, макролиды, полусинтетические пенициллины). Курс должен быть не менее 10 дней.
* Обязательный анализ мочи в середине — конце 2-й недели болезни при скарлатине, ангине и других заболеваниях стрептококковой этиологии способствует раннему выявлению и отсюда более гладкому течению пиелонефрита
* Гигиенические мероприятия с целью предотвращения стрептодермии. Проведение этих мероприятий способствует снижению частоты случаев пиелонефрита.
* Наблюдение нефролога, периодические анализы мочи и измерение артериального давления.

**2. Сестринский процесс при пиелонефрите**

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо

* расспросить пациента или его родственников,
* провести объективное исследование – это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента,
* а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания почек, в том числе пиелонефрит,
* сформировать план ухода. При опросе пациента (или его родственников)
* необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличии отёков, повышении АД, болях в поясничной области, изменениях в моче.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента – сестринский диагноз. Наиболее значимыми являются:

* отёки;
* 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 лечения.

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

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

Сестринский уход за больным ПН включает в себя:

* контроль за соблюдением постельного или полупостельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением;
* обеспечение достаточного отдыха и сна; ограничение физической активности; эти меры способствуют снижению АД, выраженности общей слабости, утомляемости;
* наблюдение за клиническими проявлениями заболевания, в первую очередь за отёками и АГ: ежедневное измерение пульса, АД, количества выпитой и выделенной жидкости;
* выявление признаков осложнений – развитие почечной недостаточности, информирование об этом врача;
* контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;
* обучение пациента или его родителей навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение пульса, АД, величины диуреза;
* информирование о способах профилактики обострения ПН;
* раннее выявление и лечение острых инфекционных заболеваний (ангина, острые респираторные заболевания и др.), санация хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы и др.).

Манипуляции выполняемые медицинской сестрой

* 1. Забор крови на биохимический анализ.
     + 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.
     + 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 дезраствор.
     + Контейнер с направлением транспортировать в лабораторию.

Выполнение внутримышечных инъекций.

Техника выполнения:

- вымыть и осушить руки;

- проверить название, срок годности лекарственного средства;

- извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки;

- собрать одноразовый шприц;

- приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке;

- надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой;

- одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её;

- сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов;

- набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу;

- помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку);

- определить место инъекции;

- надеть перчатки;

- обработать ватными шариками (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции);

- вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок, снять колпачок с иглы;

- ввести иглу в мышцу под углом 90°, оставив 2 — 3 мм иглы над кожей;

- перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство;

- извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку);

- положить использованный шприц в лоток для использованных материалов;

- сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи;

- поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов;

- помочь пациенту занять удобное для него положение;

- провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции;

- снять перчатки, рабочей поверхностью внутрь, сбросить в ёмкость для использованных печаток;

- вымыть и осушить руки.

Определение водного баланса.

Техника выполнения:

Больной получает обычное нормальное питание. Количество выпиваемой жидкости строго ограничивается 1 л в сутки. С 8 часов вечера до 8 часов утра больной находится на постельном режиме. При этом собирают две 12-часовые порции мочи — с 8 часов вечера до 8 часов утра и с 8 часов утра до 8 часов вечера — и измеряют ее количество.

**3. Практическая часть**

**3.1 Наблюдение 1**

Пациент \*\*\*\* года, поступил в нефрологическое отделение с диагнозом острый пиелонефрит

Осуществляя первый этап сестринского процесса – сестринское обследование, был заполнен лист первичной оценки (приложение 1).

Жалобы: На головную боль, преимущественно в теменно-затылочной области, умеренные. Боль в поясничной области, ноющего характера, без связи с движением. Учащенное мочеиспускание малыми порциями, с резями. Слабость.

Объективно: кожные покровы сухие, отечные, бледные, АД 120/85, ЧДД 28, PS 80 в мин, температура тела 37,4, симптом Пастернацкого положителен.

Второй этап сестринского процесса – выявление нарушенных потребностей, определение проблем настоящие, приоритетные, потенциальные.

Настоящие проблемы: головная боль, преимущественно в теменно-затылочной области, умеренные. Боль в поясничной области, ноющего характела, без связи с движением. Учащенное мочеиспускание малыми порциями, с резями Слабость.

Потенциальные проблемы: риск развитие осложнений – хроническая почечная недостаточность, гипертонический криз, риск развития пролежней.

Приоритетная проблема: полиурия

Третий этап – планирование сестринских вмешательств.

Четвертый этап - характеризуется реализацией сестринского ухода (приложение №2)

На пятом этапе происходит оценка результатов сестринских вмешательств: Пациент отмечает менее выраженные полиурические явления.

Цель достигнута.

**3.2 Наблюдение 2**

Пациент \*\*\*\*\*\*., 69 лет, обратился в нефрологическое отделение с диагнозом хронический пиелонефрит. При поступлении проявлял жалобы на: выраженные загрудинные боли на фоне физических и эмоциональных нагрузок слабость повышенное АД.

Объективно: бледность кожных покровов, слабость беспокойство страх смерти

АД 170/115, PS -79 в мин. аритмичен на фоне обострения развился инфаркт миокарда

Первая помощь при инфаркте миокарда.

1. Вызвать врача.
2. Измерить АД.
3. Уложите больного в постель с приподнятым изголовьем, обеспечив ему полный психический и физический покой;
4. Обеспечьте приток свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду.
5. Нитроглицерин 1 таб. под язык, а при его непереносимости – Валидол 1 таб. под язык, Ацетилсалициловая к-та ј таб. под язык, Парацетамол (Анальгин) 1 таб.
6. При возникновении жгучих болей в груди и одышки нужно срочно положить под язык таблетку нитроглицерина. При сохранении болей в течение 5 минут можно принять еще одну таблетку (максимально 3 таблетки).
7. Наблюдать за состоянием пациента, пульса, АД.

Проанализировав случаи заболевания пиелонефрита, можно сделать выводы: знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского процесса.

В первой ситуации осуществление сестринского процесса проводится с выявлением проблем пациента и составления плана ухода по выявленным проблемам. Во втором случае сестринский процесс заключается в оказании неотложной доврачебной помощи в связи с ухудшением состояния пациента. Различны в оказании первичной медицинской помощи, прогноза, которые позволяют подтвердить или опровергнуть то или иное положение, содержащееся в цели исследования.

**Заключение**

Углублённо изучив «Сестринский процесс при пиелонефрите», проанализировав два случая из практики, сделано заключение, что цель работы достигнута. В ходе работы показано, что использование всех этапов сестринского процесс, а именно:

1 этап: оценка состояния (обследование) пациента;

2 этап: интерпретация полученных данных (определение проблем пациента);

3 этап: планирование предстоящей работы;

4 этап: реализация составленного плана (сестринских вмешательств);

5 этап: оценка результатов перечисленных этапов

Позволяет повысить качество сестринской помощи.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Полученные знания и умения в ходе написания курсовой работы – необходимые условия оказания сестринской помощи.

Написав данную курсовую работу, лучше узнал о заболевании пиелонефрит и научился применять свои знания на практике

**Литература**

* 1. К.Е. Давлицарова, С.Н. Миронова - Манипуляционная техника; М.: – Форум инфра 2005 . – 480 с.
  2. В. Г. Лычев, В. К. Карманов - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: – учебное методическое пособие М.: – Форум инфра, 2010. – 384 с.
  3. В. Г. Лычев, В. К. Карманов - Основы сестринского дела в терапии – Ростов н/Д Феникс 2006 – 512 с.
  4. В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенков - Сестринское дело в терапии – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . – 544 с.
  5. С.А. Мухина, И.И. Тарновская– Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 368 с.
  6. С.А. Мухина, И.И. Тарновская - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: – ГЭОТАР - Медиа 2009. – 512 с.
  7. Т.П. Обуховец, Т.А. Скляров, О.В. Чернова - Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс – 2009 – 552с

**Приложение 1**

Таблица 1. Лист первичной сестринской оценки к карте стационарного больного.

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания:  Телефон 150-69-90\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лечащий врач.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диагноз: Острый пиелонефрит,  Дата поступления \_20.03.12\_время\_\_11:30\_\_  первичное  повторное  Поступил  по скорой помощи  самостоятельно  направление поликлиники  перевод  Способ транспортировки в отделение  на каталке  на кресле  пешком  Сознание  ясное  контактен  ориентирован  дезориентирован  спутанное  сопор  ступор  кома  Потребность в дыхании  Дыхание  свободное  затруднено  Частота дыхательных движений 28 в мин  Частота пульса 80 в минуту  ритмичный  аритмичный  АД 120/85 мм рт.ст.  Является курильщиком  да  нет  Количество выкуриваемых сигарет \_\_15\_\_\_  Кашель  да  сухой  с мокротой  нет  Потребность в адекватном питании и питье  Масса тела 80 кг рост 185 см  Принимает пищу и питье  самостоятельно нуждается в помощи  Аппетит  нормальный  пониженный  повышенный  отсутствует  Болеет ли сахарным диабетом  да  нет  Если «да», то как регулирует заболевание  инсулин  сахароснижающие таблетки  диета  Диета  соблюдает  аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диспепсические расстройства  тошнота  рвота  тяжесть, дискомфорт в области живота  Зубы  сохранены  отсутствуют  частично сохранены  Имеются ли съемные зубные протезы  да  сверху  снизу  нет  Принимает жидкость  ограниченно  достаточно  много  Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена  независим  зависим полностью  частично  Одевается, раздевается  самостоятельно  с посторонней помощью  Имеет ли выбор одежды  да  нет  Заботится ли о своей внешности  опрятен  неряшлив  не проявляет интереса  Может ли самостоятельно  самостоятельно частично не может   * мыть руки * умываться * чистить зубы * ухаживать за   протезами   * бриться * провести гигиену   промежности   * причесываться * принять ванну, душ * мыть голову * стричь ногти   Состояние полости рта  санирована  несанирована  Состояние кожи  сухая  нормальная  жирная  отечность  расчесы  язвы  высыпания  Способность поддерживать нормальную температуру тела  Температура тела в момент обследования 38,7°С  понижена  нормальная  повышена  Имеется  потливость  озноб  чувство жара | Физиологические отправления  Мочеиспускание  обычное по частоте  учащенное  редкое  болезненное  ночное (сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  недержание  наличие катетера  Функционирование кишечника  Частота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер стула  обычно консистенции  жидкий  твердый  недержание  стома  Потребность в движении  независим  зависим  полностью  частично  Ходьба пешком  самостоятельно  с посторонней помощью  использование дополнительных приспособлений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Может ли самостоятельно  самостоятельно частично не может   * ходить по лестнице * сидеть на стуле * дойти до туалета * перемещаться в   постели  контрактуры  парез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паралич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Риск падения  да  нет  Риск развития пролежней  да  нет  Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_  нет риска - 1 - 9 баллов  есть риск - 10 баллов  высокая степень риска - 15 баллов  очень высокая степень риска-20 баллов  Потребность во сне  использует снотворные  храпит  спит хорошо  Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Факторы, нарушающие сон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребность трудится и отдыхать  работает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не работает  пенсионер  учащийся  инвалидность  увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Есть ли возможность реализовать свои увлечения  да  нет  Возможность общения  Разговорный язык русский  Трудности в общении  Слух  нормальный  тугоухость  справа  слева  глухой  слуховой аппарат  Зрение  нормальное  контактные линзы  справа  слева  очки  слепота справа  слева  полная  глазной протез  справа  слева  Способность поддерживать безопасную окружающую среду  Поддержание безопасности  самостоятельно  с посторонней помощью  не может  Двигательные и сенсорные отклонения  да  нет  головокружение  шаткость походки  снижение чувствительности  Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  Медсестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

Таблица 2. План ухода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблемы пациента | Цели сестринские вмешательств | Сестринские вмешательства |
| Настоящие проблемы: головную боль, Боль в поясничной области, ноющего характела, без связи с движением. Учащенное мочеиспускание малыми порциями, с резями  Потенциальные проблемы: ХПН,  гипертонический криз, развитие пролежней  Приоритетная проблема: полиурия | Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение полиурических явлений  Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие полиурических явлений к моменту выписки | 1. Обеспечить лечебно-охранительный режим, диету №7. 2. Соблюдение строго постельного режима 3. Осуществление контроля за гемодинамикой пациента (ЧДД, АД, пульс). (Для ранней диагностики возможных осложнений). 4. Контроль суточного диуреза. (Для контроля водно-электролитного баланса). 5. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента. (Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений). 6. Провести беседу с родственниками по обеспечению пациента питанием в соответствии с диетой №7. 7. Провести беседы: о значении соблюдения режима двигательной активности, труда, отдыха, питания; о необходимости систематического приема лекарств; о значении профилактического обследования и лечения. (Для эффективного лечения и профилактики ревматизма). 8. Своевременное выполнение назначений врача. (Для эффективного лечения). 9. Обеспечение подготовки к дополнительным исследованиям. (Для правильного выполнения исследований).   Обеспечение личной гигиены пациента. (Для создания комфорта пациенту и профилактика вторичной инфекции). |

**Приложение 2**

Таблица 1. Лечебные столы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № 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. |
| 7б | 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 7б, 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. |

**Приложение 3**

Таблица 1.

|  |  |
| --- | --- |
| План сестринских вмешательств | Обоснование |
| 1. Информирование больного и его родственников о заболевании. | - Обеспечивается право пациента на информацию.  -Пациент и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода. |
| 2. Организовать стол №7 с ограничением острых, солёных блюд, пряностей, жидкости. | - Уменьшается раздражение паренхимы почек, а следовательно, уменьшается болевой синдром.  - Уменьшается нагрузка на почки.  - Задержка жидкости в организме усиливает отёки, повышает АД. |
| 3. В острый период заболевания организовать больному постельный режим с последующим его расширением. | В горизонтальном положении уменьшается болевой синдром, улучшается кровоснабжение почек, следовательно, улучшаются регенераторные процессы. |
| 4. Чётко регистрировать диурез. | - Снижение диуреза свидетельствует о задержке жидкости в организме.  - Нарушение диуреза, а так же нарушение соотношения дневного и ночного диурезов свидетельствует о возможном нарушении функции почек. |
| 5. Оберегать пациента от присоединения сопутствующих инфекций, простудных заболевай. | Любая дополнительная инфекция может привести к обострению заболевания. |
| 6.Ограничить физическую и эмоциональную нагрузку пациенту 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 пациента от переохлаждения. | При охлаждении снижается иммунитет – обострение процесса. |
| 9. Проводить регулярный контроль АД, | Не допустить значительного повышения АД. |