

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНИФРИТА
У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Крысиной Алины Дмитриевны**

Научный руководитель
преподаватель Витива Н. В.

Рецензент
старшая медицинская сестра, ОГБУЗ
«Детская областная клиническая
больница», детская поликлиника №4
Митько О. К.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИЕЛОНИФРИТА У ДЕТЕЙ	5
1.1. Определение и понятие	5
1.2. Этиология и патогенез.....	6
1.3. Клиническая картина.....	7
1.4. Диагностика пиелонефрита.....	10
1.5. Сестринское обследование при пиелонефрите.....	11
1.6. Лечение и профилактика пиелонефрита у детей.....	13
1.7. Диспансерное наблюдение.....	22
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНИФРИТА У ДЕТЕЙ.....	28
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода	28
2.2. Анализ статистических данных заболеваемости пиелонефритом в Российской Федерации	30
2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики пиелонефрита».....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Пиелонефрит является широко распространённым заболеванием не только в России, но и по всему миру. Он был популярен среди детей, как несколько лет назад, так и на сегодня. В данный момент все больше уделяют внимания заболеваниям органов мочеполовой системы, начиная от новорожденных детей и заканчивая детьми старшего возраста. Начиная с 1980 годов заболевание почек стало все более выражено проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Пиелонефрит берет свое начало еще в антенатальном и перинатальном периодах.

Актуальность выбранной темы обосновывается тем, что пиелонефрит является распространенным заболеванием у детей, имеет значительный вес среди многих заболеваний и занимает второе место после заболеваний органов дыхания. В связи с этим, главной задачей медицинской сестры, которая встречается с проблемой пиелонефрита, является профилактика, своевременная диагностика и лечение данного заболевания. Частота встречаемости заболеваний пиелонефритом колеблется между вторым – третьим местом с кишечными инфекциями и острыми респираторно - вирусными инфекциями. Дети болеют пиелонефритом более часто и это не зависит от возраста. Заболевание может поражать как новорожденного ребенка, так и детей периода полового созревания. Наиболее часто пиелонефритом болеют девочки, поскольку это связано с анатомической особенностью. Анатомическая особенность у девочек заключается в том, что мочеиспускательный канал короткий и широкий, а так же близким расположением половых органов: прямой кишки, вульвы. В связи с тем, что пиелонефрит может осложняться острой почечной недостаточностью и другими тяжелыми состояниями, то возникает проблема инвалидности пациента. Проблема становится не только медицинской, но и социальной

Цель исследования – изучить и проанализировать профессиональную деятельность сестры в профилактике пиелонефрита у детей.

Задачи исследования: изучить и проанализировать теоретические аспекты пиелонефрита; проанализировать деятельность работы медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей, разработать рекомендации для медицинских сестер.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры по вопросу профилактики пиелонефрита.

Методы исследования: организационный (сравнительный, комплексный) метод, социологические: (анкетирование, интервьюирование);

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИЕЛОНИФРИТА У ДЕТЕЙ

1.1. Определение и понятие

Пиелонефрит - это инфекционно-воспалительный неспецифический процесс в тканях и канальцах почки, поражающий паренхиму и лоханку почки. В последней стадии развития болезни процесс распространяется на кровеносные сосуды и клубочки. Таким образом, пиелонефрит представляет собой бактериальную форму патологического процесса, который характеризуется острым или хроническим воспалительным процессом в тканях почек [4, с. 96]. Термин, который существует уже не один десяток лет - «пиелит», на данный момент его применяют для обозначения первой фазы развития заболевания, при восходящем пути инфицирования почки, когда на первом этапе поражается чашечно-лоханочная система. Тем не менее воспаление лоханки всегда сопровождает схожий процесс в паренхиме и наоборот. При поражении лоханки течение заболевания наиболее благополучное, по сравнению с поражением паренхимы почки [3, с. 198]. Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек, независимо от возрастной группы. У детей пиелонефрит занимает 2 - 3-е место по частоте после заболеваний органов дыхания. Данное заболевание является причиной госпитализации 4 - 5% всех детей, которые находятся на стационарном лечении. Острым пиелонефритом болеют примерно 3 - 5% беременных женщин. Чаще пиелонефритом страдают дети, у которых, мать вовремя беременности перенесла острый пиелонефрит. Данное заболевание доставляет неудобство плоду и мешает его нормальному развитию. При пиелонефрите всегда необходимо обращаться к врачу. Опытный врач быстро выполнит диагностику заболевания, отличив его от уретрита или цистита, и назначит правильное лечение. На ранних стадиях заболевание быстро устраняется. Если

вовремя обратится к врачу, это позволит избежать серьезных осложнений, таких как: появление гнойников в почках, камней, образования почечных рубцов, гипертонии, почечной недостаточности и других заболеваний[5, с. 496].

Итак, можно сказать, что пиелонефрит – это инфекционное воспалительное заболевание почек, которое возникает при распространении патогенных бактерий, чаще всего из нижних отделов мочевыделительной системы. Пиелонефрит может протекать в острой или хронической форме, поражать одну или обе почки.

1.2. Этиология и патогенез

Пиелонефрит всегда вызывается микроорганизмами, грибами или бактериями. Основным возбудителем патологии у детей является кишечная палочка. Стимулировать возникновение заболевания могут различные вирусы: золотистый стафилококк, грибы, простейшие. При хроническом течении патологии, в результате лабораторных исследований нередко обнаруживается сразу несколько его возбудителей. В почки патогенные микроорганизмы могут проникать из половых органов и органов выделительной системы. Инфекция способна подняться от уретры, ануса или мочевыводящих путей [7, с. 706]. Данный путь заражения особенно часто встречается у девочек. Для того, чтобы проникнуть возбудителю инфекции из лоханки в паренхиму почки, необходимы два условия: первое – это нарушение целостности поперечного среза мочеточников в фори-кальной зоне, чашечке и повышение внутрилоханочного давления, что является причиной нарушения оттока мочи – пузырно-мочеточникового рефлюкса. Проникновение инфекции в паренхиму почки может произойти и без повреждения уротелия каналикулярным путем с последующим переходом инфекции из канальцев в рыхлую волокнистую соединительную ткань[4, с. 768]. Таким

путем микроорганизмы зачастую проникают в почки новорожденных, недавно перенесших: отит, пневмонию и иные инфекционные заболевания. Инфицирование почек возможно из-за интоксикации организма. Развитию патологического состояния могут поспособствовать факторы, связанные с проблемой регулярного полноценного оттока мочи на фоне мочекаменной болезни. Застой мочи при нарушении функций (в том числе врожденной) мочевого пузыря наблюдаются при сахарном диабете, и иных состояниях на фоне сниженного иммунитета. Таких, например, как синуситы и тонзиллиты, нарушение соблюдения личной гигиены и другие. У новорожденных патология нередко возникает при отказе от естественного вскармливания, воспалительных процессах при прорезывании зубов и других факторах повышающих нагрузку на ещё не полностью сформировавшийся и неокрепший иммунитет [4].

Из выше изложенного можно сказать, что пиелонефрит вызывается различными возбудителями: микроорганизмами, вирусами; при несоблюдении личной гигиены. Девочки болеют чаще, это связано с анатомическими особенностями мочеполовой системы.

1.3. Клиническая картина

У детей первого года жизни в клинической картине преимущественно проявляется симптомы общего инфекционного, интоксикационного характера, которые выражены вплоть до нейротоксикоза; иногда проявляются симптомы менингита; температура фебрильная, реже субфебрильная, возможны беспричинные подъемы температуры; частые срыгивания, возможна рвота; учащенное, возможно редкое мочеиспускание, так же может быть задержка мочи. В старшем возрасте может быть сочетание таких симптомов, как общее инфекционного, болевого и дизурического характера. Интоксикационная симптоматика зависит от характера течения, возраста ребенка. Температура фебрильная, реже бывает субфебрильная,

часто может быть беспричинный подъем температуры. Возможна рвота при выраженной интоксикации. Присутствуют боли в животе и поясничной области. Проведя мониторинг особенностей течения заболевания пациентов от новорожденного возраста и до 1,5 лет было выявлено, что в период новорожденности пиелонефрит протекает с признаками интоксикации, которые выражаются высокой температурой, которая может достигать до 40 градусов, судорогами, бледностью и синюшной кожей, снижением массы тела, отказом от еды, рвотой, обезвоживанием организма, может возникать диарея, а при мочеиспусканиях возникают затруднения [13]. В силу своего возраста новорожденные не могут рассказать родителям, где, что, и как у них болит. Данная ситуация значительно усугубляется, затрудняет и затягивает лечение. Если у ребенка был замечен один, либо же несколько признаков патологического состояния, следует немедленно записаться на консультацию к врачу-педиатру. Специалисту необходимо провести комплексную диагностику, которая позволяет быстро отличить почечную инфекцию от кишечной.

Хроническая патология при пиелонефрите характеризуется необычным течением. Для заболевания хронической формы пиелонефрита свойственны периоды ремиссий и обострений. Во время ремиссии дети не испытывают никаких симптомов этого заболевания. Даже во время диагностики врач педиатр не всегда может отметить изменения в важных лабораторных показателях анализа мочи (удельного веса, содержания лейкоцитов, белка, эритроцитов, бактерий и цилиндров). Для периодов обострений характерны такие симптомы как боли в области спины, дискомфорт в животе, повышение температуры. Также родители замечают, что при хроническом заболевании ребенок быстро устает, становится раздражительным, неусидчивым. У школьников часто снижается внимание, следовательно, снижается успеваемость в школе. Ребенок часто отвлекается, ему тяжело сосредоточиться, жалуется на общее недомогание. В некоторых случаях происходит задержка физического и психологического развития

ребенка. В анамнеза можно увидеть сведения о перенесенных заболеваниях мочеполовой системы, таких как: почечная колика, уретрит, цистит и другие, которые могли стать определяющими факторами в развитии хронического пиелонефрита. Когда хронический пиелонефрит имеет скрытое течение на первом месте в диагностике заболевания становятся лабораторные и инструментальные методы обследования. Более характерными изменениями, свидетельствующими со стороны хронического пиелонефрита, являются изменения в моче: протеинурия - от 0,033 г/л до значений, не превышающих 1 г/л, количество лейкоцитов составляет 5-15 в поле зрения, редко повышаясь до 50- 100, иногда в моче можно обнаружить единичные зернистые или гиалиновые цилиндры [5, с.496]. В некоторых случаях, при латентном течении хронического пиелонефрита, даже при повторных анализах лейкоцитурия и протеинурия могут не выявляться [10, с. 23]. Данный аргумент заставляет проводить анализ мочи в динамике, используя пробу по Нечипоренко, определение количества активных лейкоцитов и степени бактериурии. Наличие лейкоцитурии, если более 10 % всех лейкоцитов составляют активные лейкоциты, говорит о том, что возможно ребенок болен пиелонефритом. Активные лейкоциты - это клетки Штернгеймера-Мальбина, которые могут образовываться при низком осмотическом давлении мочи (ниже 200 мосм/л), которое часто наблюдается при пиелонефрите. Большое значение при хроническом пиелонефрите, а именно о скрытом течении, играют провокационные тесты, позволяющие активировать скрыто текущий воспалительный процесс (к примеру, преднизолоновый провокационный тест) [6 с.23].

Бактериурия наиболее часто обнаруживается в период обострения пиелонефрита, которая составляет более 10⁵ микробных тел в 1 мл мочи. Наличие физиологической (ложной) бактериурии не всегда может приводить к развитию пиелонефрита, но все же некоторые ученые считают, что необходимо провести курс лечения до достижения полной

стерильности мочи. Данная процедура проводится с целью предотвращения развития пиелонефрита. При хроническом пиелонефрите возможна гематурия, которая наиболее часто проявляется в виде микрогематурии. Макрогематурия может быть обусловлена кровотечением либо мочекаменной болезнью. При биохимическом исследовании крови обнаруживается снижение фракции альбуминов. На поздних стадиях заболевания выявляется гипогаммаглобулинемия. При обострении течения хронического пиелонефрита и обострениях заболевания нарушается не только концентрационная функция почек, но и снижается скорость клубочковой фильтрации, в результате чего в крови повышается содержание азотистых шлаков (мочевины, креатинина и др.).

Итак, из вышеизложенного понятно, что пиелонефрит проявляется повышением температуры, болью в пояснице или животе, расстройством мочеиспускания.

1.4. Диагностика пиелонефрита

Большое значение при диагностировании пиелонефрита является ультразвуковое исследование почек и обзорная рентгенограмма области почек. Данные методы обследования позволяют определить размеры почек, дать характеристику контуров почек и их расположение. Большое влияние имеют сведения, которые дает экскреторная урография. Она помогает оценить не только вышеописанные показатели, но и можно определить функцию почек, наличие камней в лоханках и чашечках. Изменения, которые выявляются при экскреторной урографии - это такие, как нарушение формы и расширение чашечек, нарушение их работы, аномалии развития, повреждение формы и тонуса мочеточников, их стриктуры и перегибы. Данные исследования облегчают работу врача при постановке диагноза пиелонефрита [2, с. 384]. Хронический пиелонефрит длительно текущей формы может выявляться уменьшением

размераодной,возможнообеих почек, чтообусловлено их сморщиванием. В результате сморщивания почек отмечается значительное нарушение функции почек, в результате чего выделение контрастного вещества замедляется, а в некоторых случаях может и вовсе отсутствовать. Поэтому, при значительном снижении функции почек проводить экскреторную урографию не рекомендуют. В таких случаях лучше применять ретроградную пиелографию[1, с. 295]. При спутанном диагнозе после выполнения данных методов обследования можно применить компьютерную томографию. Радиоизотопные методы исследования (сканирование почек, ренография) позволяют в основном установить снижение функции почки относительно другой и имеют большую значимость при односторонне протекающем патологическом процессе. Следует отметить, что перед выполнением рентгеноконтрастных методов обследования нужно выявить наличие аллергии у пациента на рентгеноконтрастные вещества, которые содержат йод. Для выявления непереносимости пациентом йодсодержащих препаратов используют пробу на индивидуальную чувствительность организма к применяемому веществу.

Итак, что бы продиагностировать заболевание необходимо сделать ряд исследований, таких как ультразвуковое исследование почек, обзорная рентгенограмма, урография.

1.5. Сестринское обследование при пиелонефрите

Сестринское обследование при пиелонефрите — это неотъемлемый этап лечения данного заболевания, который включает выполнение назначений врача, контроль общего состояния пациента. Медицинская сестра, после того как пациент поступил в стационар, информирует его о режиме больничного учреждения и о процедурах, которые будут ему назначены, дает информацию о необходимости сдачи биологического материала (кровь, моча, кал) для

исследования. Обеспечивает и осуществляет контроль своевременного сбора и отправки биологического материала на исследование в клиническую лабораторию. Информирован о необходимости, а также методике прохождения инструментальных исследований почки, которые проводятся с целью отслеживания состояния здоровья, а также динамики выздоровления. Дает информацию о необходимости физиопроцедур, обеспечивает и контролирует их проведение, осуществляет подготовку пациента к проведению исследования или физиопроцедуры. Следит за выполнением рекомендаций врача, которые касаются питания, постельного режима. Проводит эмоциональную и психологическую поддержку. Оказывает первую помощь в случае ухудшения состояния здоровья. Отслеживает проблемы больного со здоровьем и информирует о них лечащего врача [6, с. 34]. Для контроля состояния пациента, оценки эффективности назначенного лечения сестринский процесс при пиелонефрите у детей включает подготовку и сбор биологического материала для проведения клинических исследований. Медицинская сестра проводит беседу с больным и его родителями о необходимости данных манипуляций, сообщает о результатах проведенных исследований. Также, медицинская сестра производит забор крови, принимает и контролирует своевременность сдачи урины для лабораторных исследований. При заболевании пиелонефритом сестринский процесс — это оповещение и подготовка больного ребенка к проведению инструментальных методов исследований. За два – три дня медицинская сестра оповещает пациента о необходимости и способе проведения инструментального исследования. Могут проводиться такие исследования, как ультразвуковое, рентгенодиагностика, магниторезонансная терапия. При необходимости проведения экскреторной урографии, медицинская сестра контролирует, чтобы за 3 дня пациент не употреблял газообразующие продукты. В ночь перед проведением исследования ставит очистительную клизму. В день

инструментального исследования ребенок, страдающий пиелонифритом не должен есть и пить до окончания исследования. При хроническом пиелонефрите необходимо наблюдать за состоянием пациента и реакцией на назначенные препараты. Обязанности медицинской сестры при уходе за больным пиелонефритом - измерять температуру тела, контролировать суточный диурез и количество мочеиспусканий три раза в день, а при необходимости чаще. Выздоровление наступает в нужный период при правильном лечении и построении сестринского процесса. Ребенка выписывают из стационара исключительно в удовлетворительном состоянии. После выписки такого пациента требуется контроль специалистов в поликлинике по месту проживания [9, с. 383].

Вовремя выписки медицинская сестра информирует пациентов и их родителей о важности соблюдения диеты и продолжительности назначенного лечения в домашних условиях. Во время беседы медицинская сестра доводит до понимания пациенту и его родственникам какие препараты нужно применять, на протяжении какого времени, напоминает о кратности приема. Пиелонефрит является таким заболеванием, которое необходимо лечить исключительно в стационаре. В сестринский процесс включается мониторинг выполненных назначений врача, к которым относятся советы по питанию, а также по приему медикаментов, отслеживание динамики состояния пациента.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что сестринское обследование заключается в том, что медицинская сестра должна выполнять такие манипуляции как: сбор и отправка биологического материала в клиническую лабораторию, осуществлять подготовку пациента к физиопроцедурам, проводить профилактические беседы, выполнять врачебные назначения, осуществлять сестринский уход за пациентом.

1.6. Лечение и профилактика пиелонефрита у детей

Как можно раньше необходимо выявить и начать лечение пиелонифрита у пациентов детского возраста. Лечение производится исключительно в стационарных условиях, курс лечения обычно составляет две -три недели, после чего ребенка направляют на амбулаторное лечение. Лечение в стационаре направлено на индивидуальный подбор лекарственных препаратов, и на оценивание необходимых лабораторных исследований, введение внутримышечно и внутривенно назначенных медицинских препаратов. Основу лечения составляет двухэтапная антибактериальная терапия, белково-растительная диета, ограничение употребления соли в пище и жидкости. Необходимо соблюдение питьевого режима, который утвердил врач. Так же очень важно соблюдать постельный режим, употребление спазмолитиков и других назначенных препаратов, для снятия болевых ощущений, витаминных комплексов для восстановления защитных сил организма и противовоспалительных препаратов [3, с.96].

Лечение подбирается исходя из индивидуальных особенностей организма каждого ребенка исключительно лишь врачом, и состоит из: терапия антибиотиками — подбирается при получении результатов диагностики, в том числе учитывая результаты антибиотикограммы. Подбираются антибиотики широкого спектра действия. Назначаются в основном при остром пиелонефрите и при обострении хронического. В начале лечения острого пиелонефрита врачи назначают для применения «быстрые» диуретики, к примеру лазикс, фуросемид, верошпирон; после завершения курса антибиотиков назначают уроантисептики, например, 5-НОК; спазмолитики, такие как папаверин; иммуностимулирующие средства, возможно, настойку элеутерококка, витаминные комплексы с повышенным содержанием группы В.

Ребенку, который страдает пиелонифритом необходимо соблюдать особенности питьевого режима и диеты. Пациент, который страдает пиелонефритом с воспалением мочевыводящих путей

нужно много больше пить жидкости чем обычно. Часто педиатры советуют двойную норму взрослого человека употребления жидкости для детей. В приоритете для потребления слабо минерализованная вода без газа. Ещё разрешается пить морсы к примеру, брусничный, либо клюквенный, компоты из сухофруктов и свежих фруктов и ягод, фреш, кефир. Для составления рациона питания (Приложение 1) детям с пиелонифритом необходимо точно знать том, что пища должна полностью насыщать организм витаминами и необходимыми минералами, не забывать о том, что еда должна быть питательной, но при этом легкой. Врачи часто назначают при остром пиелонефрите стол №7 а, когда воспаление начнет сходить на нет стол №7 и №7б, в состоянии ремиссии заболевания — №5. Так же рекомендуется вводить в меню питания детей укроп, дыню, арбуз, кабачок, тыкву, землянику. Неотъемлемой частью лечения пиелонифрита является физиотерапия. На сегодняшний день пользуются популярностью физиотерапевтические лечебные процедуры, такие как УВЧ (ультравысокочастотная терапия), ультразвуковые методы, средневолновая терапия, физиотерапия синусоидальными модулированными токами. [11, с 23]. Широко применяется для лечения пиелонифрита фитотерапия. Это сборы, которые оказывают мочегонное действие. Травяные сборы применяются для профилактики и лечения острых пиелонефритов и рецидивов хронического заболевания у детей всех возрастов. Для этого подходит брусника, березовый лист, толокнянка. Литолитики (птичий горец, арбуз, укроп и пр.), укрепляющие стенки сосудов (тысячелистник, рута и т. д.), антисептики (зверобой, шалфей, зимолобка зонтичная и др.), обладающие противовоспалительными свойствами (чистотел, подорожник, календула и т.д.); иммуностимулирующие [5, с.42].

Детям, которые перенесли пиелонефрит, для дальнейшего контроля над состоянием здоровья ставят на учет к нефрологу. Нужно будет регулярно сдавать анализы мочи, в том числе и после каждого простудного заболевания,

делать ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы. При рецидивирующем пиелонефрите педиатр назначает антимикробную профилактику в комплексе с фитотерапией и гомеопатическими препаратами. После перенесенного пиелонефрита может быть показано санаторно-курортное лечение.

Чтобы предотвратить заболевание пиелонефритом, и не допустить повторных случаев, необходимо укреплять иммунитет. Любое простудное заболевание может стать причиной болезни. Необходимо соблюдать правила личной гигиены, не разрешается сидеть на холодной поверхности, так как переохлаждение может спровоцировать развитие воспалительных процессов в почках. Если все же пиелонефрит обострился, следует знать о том, что процесс лечения может быть достаточно длительным. Обязательно после успешного выздоровления важно тщательно следить за здоровьем, чтобы предупредить возможные рецидивы.

После того, как завершилась антибактериальная терапия и очищение мочи, назначаются уроантисептики. Для детей раннего возраста более часто применяется фуразидин в дозе 6–8 мг/кг/сутки в течение 2–4 недель. Если присутствует пузырно-мочеточниковый рефлюкс, то используют длительно антимикробную терапию в малых дозах (например, нитрофурантоин 1–2 мг/кг однократно в сутки). Спорным остается вопрос о том, необходимо ли долгое назначение детям с пиелонефритом, но уже имеющим хорошие результаты реносцинтиграфии и цистографии, назначать профилактические дозы антимикробных препаратов. Данная профилактика рекомендуется детям младше 6 месяцев жизни, у которых инфекции органов мочевыделительной системы и детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Основные препараты, применяемые для профилактики инфекции органов мочевой системы у детей раннего возраста это нитрофурантоин 1–2 мг/кг/сутки, триметоприм 2 мг/кг/сутки. Нужно помнить о том, что нельзя применять детям младше 1 месяца жизни цефаликсин.

При антибактериальной терапии рекомендуется применение препаратов, которые ослабляют, либо предупреждают аллергическую реакцию и препаратов, способствующих восстановлению микрофлоры кишечника. Детям, которые старше 1 года, при отсутствии аллергических реакций, назначается курс терапии, которая предупреждает вторичное появление пиелонефрита. При дополнительных заболеваниях, которые осложняют течение пиелонефрита, показано проведение противорецидивного курса уроантисептиками и фитотерапии.

При лечении пиелонефрита у детей раннего возраста необходимо учитывать, то что в 70% случаев пиелонефрит может стать последствием хронического цистита, нередко с латентным течением, в 49% случаев – патологического нарушения функции мочевого пузыря по гипорефлекторному или гиперрефлекторному типу. В 45% случаев, пиелонефрит развивается при пузырно-мочеточниковом рефлюксе и может иметь затяжное или хроническое течение. При продолжительном или хроническом течении пиелонефрита в раннем детском возрасте рекомендуется проведение полного нефроурологического обследования с целью выявления признаков функционального или органического отклонения. Ультразвуковое исследование почек можно делать в то время, когда инфекционно-воспалительный процесс активен. При этом следует помнить, что нормальные результаты антенатальной сонографии не может исключать наличия врожденных пороков развития органов мочевой системы [6, с. 5]. Микционная цистография и экскреторная урография может проводится не ранее, чем через 1–2 недели после завершения воспалительного процесса.

Урографию можно проводить детям в возрасте трех недель. Если полученные результаты обследования стали отрицательными, рекомендуется провести исследование мочи на микоплазмы, уреоплазмы, хламидии. Важно знать, что идеальным примером для наблюдения

задетьми после перенесенной инфекции органов мочевой системы нет. Таким образом, проведением полнорентгеноурологического обследования можно добиться высокого процента выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса и предотвращения сморщивания почки, а к недостаткам этого метода - высокую стоимость и большую лекарственную нагрузку на пациента уросептиками [8, с.4].

В целях сокращения рисков возникновения инфекций мочевой системы у детей раннего возраста необходимо устранить расстройства мочеиспускания и запоров, употреблять необходимое количество жидкости, следить за режимом мочеиспускания. Терапия обструктивного пиелонефрита проводится по совместительству с детским урологом. Педиатр и уролог советуются о показаниях к оперативному вмешательству. Дети с пузырно-мочеточниковым рефлюксом I-II и III степени в течение многих лет подлежат правильному лечению, главным образом, должны находиться на длительной профилактике уросептиками. Мероприятия, которые направлены на нормальную функцию нижних мочевыводительных путей, являются частью лечения больного ребенка с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. В том числе проводится эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса трансуретральным подслизистым введением различных материалов. В последние годы показаниями к оперативному лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса служат высокая степень рефлюкса (IV-V) и непрерывно-рецидивирующее течение пиелонефрита. Показанием к оперативному лечению в раннем возрасте считаются все виды обструктивных уропатий, приводящих к задержке созревания почечной ткани, развитию вторичного пиелонефрита, который может приводить к возникновению уросепсиса.

Комитетом экспертов недавно было сформулировано семь ключевых позиций для диагностики и лечения детей страдающих пиелонефритом с инфекцией мочевой системы и необъяснимой лихорадкой. 1.-Если врач педиатр замечает, что ребенку с лихорадкой без заметных

симптомов инфекции требуется назначить antimicrobные препараты, необходимо провести забор мочи и сделать последующие анализы с выделением культуры до начала antimicrobной терапии. Образец мочи должен быть получен с помощью катетеризации или надлобковой аспирации, поскольку диагноз инфекции мочевой системы не может быть достоверно установлен при обычном заборе мочи в пакет, из-за возможной контаминации из кожи, влагалища, крайней плоти. 2.-Если при обследовании больного ребенка, его состояние не требует немедленного назначения противомикробной терапии, следует обратить внимание на вероятность инфекции мочевой системы. 3.- В случае, если лихорадка связана с инфекцией мочевой системы, достаточно регулярного мониторинга состояния без использования дополнительных тестов. В случае, если определено, что лихорадящий не в группе риска, тогда имеются 2 варианта действия: 1. Получить образец мочи с помощью катетеризации или надлобковой аспирации для выделения урочультуры и анализа мочи. 2. Получить образец мочи обычным путем. Если результаты анализа указывают на возможность инфекции мочевыводящих путей (положительный тест на наличие лейкоцитарной эстеразы, нитритный тест, а также наличие лейкоцитов или бактерий при микроскопии), следующий образец мочи должен быть набран с помощью катетеризации или надлобковой аспирации для выделения культуры; при отрицательных тестах (нитритный и лейкоцитарной эстеразы) в свежем анализе мочи.

Необходимо учитывать, что в раннем возрасте пиелонефрит протекает при выраженной нестабильности цитомембран и дисметаболических нарушений. Поэтому, уже через 3–4 дня после начала антибактериальной терапии, целесообразно совместное назначение нижеперечисленных антиоксидантов и мембраностабилизаторов курсом не менее месяца: витамин Е 2 мг/кг 1 раз в сутки в дневное время; витамин В6 1 мг/кг 1 раз в сутки в утреннее время; ксидифон (этидроновая кислота) 2%-ный

раствор по 1 чайной ложке 3 раза в день перед едой; веторон (бета-каротин) по 1 капле на каждый год жизни. Пробиотики применяются после окончания антибактериальной терапии, а специфические фаги – при длительном высеивании однотипного возбудителя из кишечника и мочи. Появление у детей неонатального периода, особенно новорожденных с тяжелой перинатальной патологией, после реанимационного лечения даже малой грибковой инфекции (кожа, слизистые, грибы в моче) является показанием для назначения флуконазола в дозе 6 мг/кг для профилактики генерализации кандидозной инфекции. Наряду с этим, следует проводить более углубленное обследование мочевой системы, включающее УЗИ почек и цистографию. Лечебные дозы флуконазола у новорожденных составляют 8–12 мг/кг/сут перорально или парентерально в течение 4–6 недель под контролем клинических и биохимических анализов крови, общих анализов мочи, результатов посева мочи [8, с. 574].

Течение пиелонефритического процесса наиболее благоприятно в случае выявления раннего диагностирования, хорошего лечения и в отсутствие серьезных пороков развития. В связи с профилактическими и лечебными мероприятиями длительная клиничко-лабораторная рецидивирующая форма пиелонифрита наблюдалась у 76,5% пациентов с инфекцией органов мочевой системы.

Проведение ультразвукового исследования почек детям начиная с рождения, дает возможность своевременно диагностировать такие заболевания как пиелозктазию, гипоплазию и начальную стадию гидронефротической трансформации почек. В дальнейшем, выявленный по данным цистографии, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, на фоне которого развился пиелонефрит, подвергается лечению еще у детей на первом году жизни.

Лечение пиелонифрита у детей возраст которых более двух лет. При назначении антибактериальной терапии используют метод поэтапного лечения. Его основа заключается в том, что в первые 2 - 4 дня лечения

антибиотики назначают внутривенно или же внутримышечно, а затем в течение 10-12 дней применяются антибактериальные препараты через рот. Параллельно проводят восстановление жидкости в организме — орально или парентерально для снижения активности, дезинфицирование токсических веществ, выведение их из организма. Очищение мочи наступает через 24-36 часов после начала антибактериальной терапии. Следует учитывать, что у детей страдающих пиелонефритом старше двух лет, часто имеет место значительное отсутствие монотонности возбудителей и часты схожие микробные заражения, а также полирезистентность уропатогенов. После получения результатов чувствительности бактериального посева проводят смену антибактериального препарата. Повторный посев мочи берут на 5й – 7й день после улучшения состояния ребенка. При нерезультативности лечения в течение трех дней необходимо сдать мочу на повторный анализ. Для верификации диагноза одностороннего пиелонефрита используется ангиография почек. Если все вышеописанные методы обследования дают возможность точно поставить правильный диагноз заболевания, с помощью взятия биологического материала почки для будущего гистологического исследования, которая позволяет детализировать диагноз пиелонефрита в 7 - 8 из предлагаемых 10 случаев. Это обусловлено тем, что при пиелонефрите воспалительный процесс имеет очаговое расположение. Поэтому попадание иглы в здоровую ткань почки может дать негативные результаты при наличии пиелонефрита.

Следует сделать вывод, что лечение пиелонефрита проводится с помощью антибактериальной терапии, назначается белково-растительная диета, ограничивается потребление соли, устанавливается индивидуальный питьевой режим. Назначается прием спазмолитиков и других средств для снятия болевых ощущений. Для укрепления иммунитета назначаются витаминные препараты и проводится противовоспалительное лечение.

1.7. Диспансерное наблюдение

Диспансеризация представляет собой систему организационных и лечебно-профилактических мероприятий, которая обеспечивает подвижный контроль за многоуровневым развитием и состоянием здоровья детей с целью предотвращения заболевания на ранних стадиях его развития, назначения соответствующих оздоровительных, лечебных мероприятий по предупреждению заболеваний, а также обеспечение хороших условий для оптимизирующего развития детей. Медицинское обследование – это активное наблюдение за состоянием здоровья детей с целью выявления заболеваний. Задачами диспансеризации является - воспитание здоровых детей, обеспечение удовлетворительного физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей.

Медицинский осмотр детского населения проводят двумя этапами: осуществление совокупности медицинских осмотров, организация лечебных и оздоровительных мероприятий пациентам детского возраста с выявленной патологией. Профилактическое диспансерное наблюдение медицинской сестрой в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома. Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному проводится примерно на 1 - 2-е сутки. Последующий визит к здоровому новорожденному осуществляется в определенные сроки, а к новорожденным с отклонениями здоровья график патронажа определяется индивидуально. На первом месяце жизни ребенка медицинская помощь оказывается исключительно на дому. Одной из самых важнейших задач во время патронажей к новорожденному ребенку, становится сбор подробных сведений о родословной, биологическом и социальном анамнезе ребенка, прогноз, основанный на анализе дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, группирование по фактору

биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления [3].

Цель диспансеризации детей, имеющих предрасположенность к заболеванию пиелонефритом заключается в максимальном устранении имеющихся экзогенных и эндогенных факторов риска заболевания, сохранение здоровья ребенка, воспитание гармонично развитой личности. Цель диспансеризации детей уже страдающих пиелонефритом состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медико-социальной адаптации к трудовой деятельности. После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов. Педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка, которое включает диагноз, оценку физического развития; оценку нервно-психического развития; оценку поведения; установление группы здоровья. Группа здоровья ребенка устанавливается педиатром. При этом учитываются осмотры, проведенные другими специалистами. Основные критерии при определении принадлежности ребенка к определенной группе здоровья следующие: -это отсутствие или наличие аномалий развития в раннем возрасте; физическое развитие и уровень его гармоничности; степень нервно-психического роста; сопротивляемость организма к воздействию различного рода факторов; состояние функций, систем и органов; наличие унаследованных пороков развития или болезней хронической формы.

Для укрепления здоровья назначаются рекомендации по дальнейшему наблюдению у специалистов, особенностям питания, физическому воспитанию, закаливанию, воспитательным воздействиям, проведению профилактических прививок,

дальнейшему диспансерному наблюдению, лабораторным и инструментальным методам исследования, профилактическим и оздоровительно - реабилитационным мероприятиям, санаторное - курортному лечению. На первом году жизни, кроме педиатра, дети осматриваются неврологом, стоматологом, ортопедом, офтальмологом (другие специалисты по показаниям). Проводится исследование крови, мочи и кала. В 6 и 7 лет проводится дополнительный осмотр дерматологом, педагогом, психологом и, кроме анализов крови, мочи и кала, осуществляется определение глюкозы в моче, на основании базовой скрининг - программы проводится оценка состояния осанки, стопы, остроты зрения, слуха, динамометрия. Оценивается физическая подготовленность, определяется медицинская группа для занятий физкультурой. В 7 лет детям, при плановой диспансеризации, измеряется артериальное давление. Для детей, готовящихся к поступлению в дошкольное учреждение и школу, в заключении дается прогноз адаптации.

Затем намечаются мероприятия, направленные на повышение адаптационных и защитных возможностей ребенка в период подготовки к изменению микросоциальных условий, при необходимости назначаются дополнительные обследования. При выявлении во время плановой диспансеризации у детей хронических заболеваний, врожденных пороков развития, они подлежат диспансерному наблюдению у различных специалистов по учетной форме 030/у, в сроки, которые зависят от вида патологии.

Диспансерное наблюдение проводится в поликлинике. Участковому педиатру необходимо поставить ребёнка на диспансерный учет. При остром пиелонефрите продолжительность диспансерного наблюдения врачом педиатром составляет 5 лет, при хроническом пиелонефрите - ребенок находится под наблюдением педиатра до совершеннолетия и перехода во взрослую поликлинику.

После выписки из стационара доокончания курса непрерывной антибактериальной терапии, анализы мочи делают 1 раз в 2 недели, а следующие 6 месяцев 1 раз в месяц. Через год после начала последнего обострения, анализы мочи производят 1 раз в 2 - 3 месяца и обязательно 2 раза при любой интеркуррентной инфекции (первый раз в разгар заболевания, второй - через неделю после его окончания). Осматривает больного врач в первый год после начала обострения 1 раз в месяц, а в дальнейшем при отсутствии обострений - 1 раз в квартал. Перед осмотром педиатром у больного нужно определить степень лейкоцитурии (по Нечипоренко) и бактериурии; раз в полгода врач направляет ребенка на осмотр к стоматологу (исключение кариеса зубов), отоларингологу (исключение хронического тонзиллита, аденоидита и др.), производит трехкратные анализы кала на яйца глистов (с обязательным соскобом на яйца остриц). Целесообразна организация специальных детских садов (или групп) для детей с нефропатиями. Из рациона, на все время диспансерного наблюдения, исключают продукты, богатые экстрактивными веществами: пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи. Полезно проводить зигзагообразную диету, то есть 7 - 10 дней с преобладанием продуктов, обуславливающих преимущественно щелочную, а следующие 7-10 дней - кислую реакцию мочи [14]. Медицинское освобождение от занятий спортом и физкультурой в основной группе дают на год после обострения. В то же время ребенку показаны умеренные занятия физкультурой. С учетом характера заболевания в настоящее время рекомендуют в течение года после острого пиелонефрита и по крайней мере 5 лет после обострения хронического пиелонефрита проводить следующую противорецидивную терапию: первые 7 - 10 дней каждого месяца - уросептик, а следующие 20 дней - упомянутые выше сборы трав. Применяют и более простые сборы: ромашка, шиповник, брусничный лист или зверобой, птичий горец, алтей лекарственный. Уросептик дают лишь 1 раз в

день на ночь (1/4 суточной дозы). При наличии уретенкарефлюкса, аномалии развития, повторная госпитализация производится через 1,5 года, а уросептики рекомендуют давать непрерывно в течение 3 - 6 месяцев (1/3 суточной дозы дается раз в день на ночь). Фитотерапию проводят курсами по 2-3 месяца с интервалом в месяц. Санаторное лечение больных пиелонефритом осуществляется в местных санаториях, а через 1/2-1 год после обострения на курортах.

Прогноз при пиелонефрите у детей зависит прежде всего от того, какой характер носит болезнь (первичный или вторичный), от интенсивности лечения, наличия сопутствующих заболеваний. Если при вторичном пиелонефрите невозможно ликвидировать причину уростаза, лечение должно быть направлено на профилактику обострений заболевания. В тоже время при первичном пиелонефрите, особенно у детей раннего возраста, возможно полное выздоровление. На это указывает тот факт, что среди детей раннего возраста, больных пиелонефритом, одинаково часто встречаются и мальчики, и девочки, тогда как среди взрослых женщин в 5 - 7 раз больше, чем мужчин. Первичный острый пиелонефрит излечивается (при правильной терапии и рациональной профилактике обострений) в 40 - 60%, первичный хронический пиелонефрит - в 25 - 35% случаев. Однако, прогноз в отношении полного выздоровления надо ставить во всех случаях осторожно, при условии пятилетнего наблюдения за больным, изучения анализов мочи, определения бактериурии и функции почек.

Итак, анализируя данные литературных источников по проблеме пиелонефрита, можно сделать следующие выводы, что пиелонефрит – это инфекционное воспалительное заболевание почек, которое возникает при распространении патогенных бактерий из нижних отделов мочевыделительной системы. Вызывается микроорганизмами, вирусам, грибами, бактериями, патологическое развитие связано с проблемой нерегулярного мочеиспускания, застой мочи, сахарный диабет,

так же причиной развития пиелонефрита являются заболевания, сокращающие естественную защиту организма. Диагностировать пиелонефрит можно с помощью симптомов общего инфекционного характера, дизурического, болевого, наличия интоксикации, затрудненного мочеиспускания. Хронический пиелонефрит часто имеет скрытое течение. Диагностировать заболевание нужно с помощью ультразвукового исследования, рентгенограммы, экскреторной урографии.

Сестринское обследование заключается в том, что медицинская сестра должна выполнять такие манипуляции как сбор и отправка биологического материала в клиническую лабораторию, осуществлять подготовку пациента к физиопроцедурам, проводить профилактические беседы, выполнять врачебные назначения, контролировать состояние, при необходимости, осуществлять первую помощь. Лечение заключается в подборе врачом необходимых медикаментов, оценки лабораторных исследований, диеты, физиотерапевтических лечебных процедур.

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода

Данное исследование проводилось на базе областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода – это медицинский центр, оказывающий специализированную и высокотехнологичную помощь детям. Поликлиническое лечение пиелонефрита проводится в поликлиниках, которые привязаны к «Детской областной клинической больницы». Для стационарного лечения детей помещают в педиатрическое отделение.

Показаниями для лечения в отделении являются заболевания органов дыхания, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания мочевыводящих путей, эндокринологические заболевания, аллергические и иммунологические заболевания, ревматологические заболевания. Медицинский персонал отделения проводит полное лабораторное исследование - клиническое, биохимическое, иммунологическое, бактериологическое, эндоскопическое, рентгенологическое, функциональную диагностику, ультразвуковое исследование.

Педиатрическое отделение является структурным подразделением. В отделении имеется кабинет заведующего отделения, ординаторская, кабинет старшей медицинской сестры, пост 1, пост 2, раздевалка, кабинет сестры хозяйки, 16 палат, два процедурных кабинета, санитарная комната. В отделении оказывается круглосуточная квалифицированная помощь. Так, в 2014 году было выявлено 492

ребенкастрадающего пиелонефритом, в2015году - 520, 2016 году – 565, 2017 году – 560, 2018 году – 610 (Таблица 1).

Таблица 1

Количество пациентов, получивших стационарное лечение на базе
ОГБУЗ «ДОКБ»

Год	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.
Число пациентов	492	520	565	560	610



Рис.1. Количество пациентов, получивших стационарное лечение при пиелонефрите на базеОГБУЗ "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода

По представленной гистограмме можно видеть, что число детей, страдающих пиелонефритом остается на высоких цифрах на протяжении всего периода исследования, причем, ежегодно это количество увеличивается в среднем на 2 %.

2.2. Анализ статистических данных заболеваемости пиелонефритом в Российской Федерации

Анализируя статистические данные сайта МИАЦ (медицинский информационно-аналитический центр), выяснено, что количество детей, страдающих пиелонефритом в России составляет 20% от числа других не менее распространенных заболеваний таких как бронхит 30%, бронхиальная астма 25% и сахарный диабет 25% (Рис. 2). Из всех болезней почек острый пиелонефрит у детей составляет 7%, из их числа гнойные формы этого заболевания развиваются у каждого третьего ребенка. Острый пиелонефрит у 5% является первичным, у 8% - вторичным. На долю хронического пиелонефрита приходится от 15 до 30%.

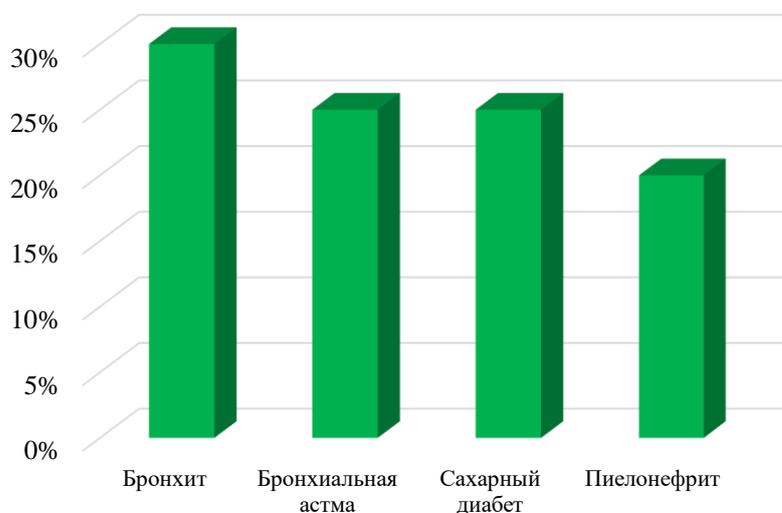


Рис.2. Распределение наиболее распространенных заболеваний.

По данным гистограммы понятно, что пиелонефрит является одним из распространенных заболеваний в педиатрии, после таких как бронхиты и сахарный диабет.

2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики пиелонефрита»

С целью проведения исследования была составлена анкета для опроса пациентов и их родителей (Приложение 4), которая заполнялась анонимно, методом опроса. Анкета была составлена таким образом, чтобы выявить информированность родителей и пациентов по вопросам заболевания и профилактики пиелонефрита. В анкетировании приняли участие 30 респондентов – это пациенты получающие медицинскую помощь на базе ОГБУЗ "Детская областная клиническая больница" г. Белгорода. По результатам анкетирования была проведена экспертная оценка, сделаны выводы.

Анализируя возрастную категорию респондентов по возрасту, было выявлено, что 8 (26,6%) - от 0 до 3 лет, 7 (23,4%) - от 3х до 10 лет и от 10 до 18 лет - 15 (50%) (Рис 3).

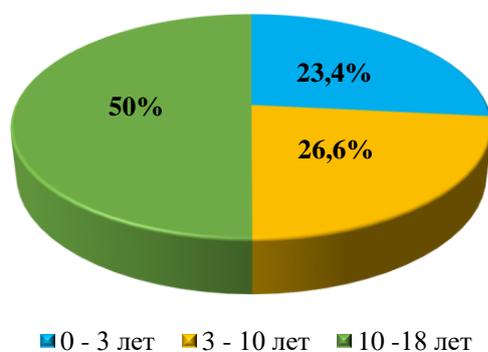


Рис.3. Распределение респондентов по возрасту

По данным диаграммы видно, что половина респондентов находится в возрастной группе от 10 до 18 лет.

Выясняя место проживания, было выявлено, что 10(33,4%) респондентов проживают в городе, 20 (66,6%) - в сельской местности (Рис 4).



Рис.4.Распределение респондентов по месту проживания

По данным диаграммы видно, что чуть меньше половины респондентов, проживают в сельской местности.

Определяя возраст в исследуемой группе было выявлено что, мальчиков 12 (40%), а девочек 18 (60%) (Рис. 5).

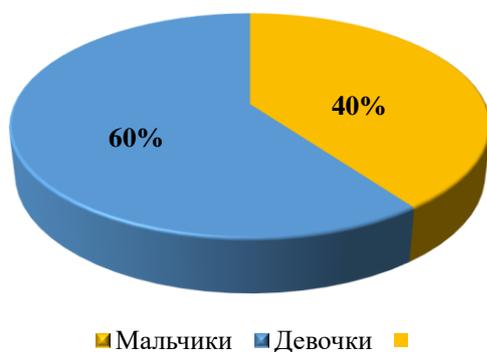
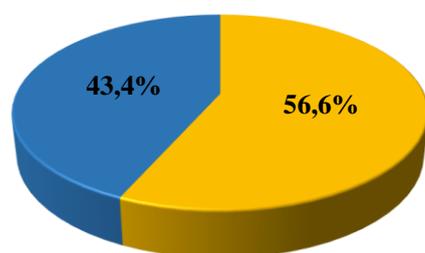


Рис. 5. Распределение респондентов по полу

По данным диаграммы понятно, что девочки составляют большую часть исследуемой группы.

Выясняя воздействие переохлаждения было выявлено, что 17 (56,6%) – респондентов в той или иной степени, были подвержены переохлаждению, 13 (43,4%) - не могут подтвердить воздействие такого фактора (Рис 6.).

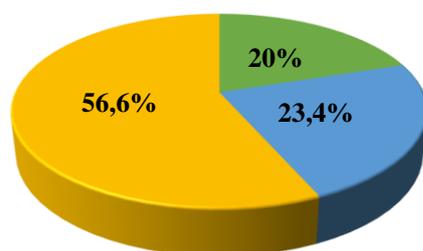


- Подвергались переохлаждению
- Не подвергались переохлаждению

Рис.6. Распределение респондентов по отношению к фактору переохлаждения

Из данных диаграммы видно, большинство респондентов подвергались переохлаждению.

Острыми респираторными заболеваниями 1 раз в год болеют 6 (20%) респондентов, 7 (23,4%)-два –три раза в год,17 (56,6%) –более 3 раз (Рис.7).



- Болеют 1 раз в год
- Болеют 2 - 3 раза в год
- Болеют более 3 раз

Рис.7. Распределение респондентов по частоте простудных заболеваний

Из данной диаграммы понятно, что больше половины респондентов болеют острыми респираторно вирусными инфекциями более 3 раз в год.

Предполагаемыми причинами пиелонефрита 20 (66,6%) - респондентов назвали ангину 10 (33,4%) - не имели ангин в анамнезе (Рис 8).

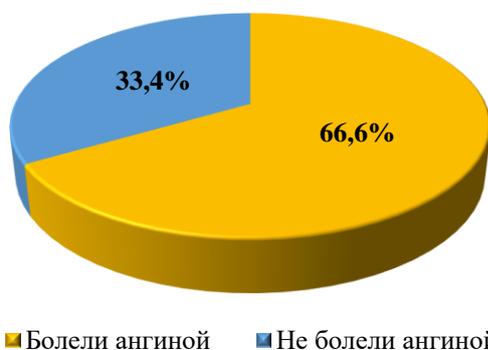


Рис.8. Распределение респондентов по наличию ангин в анамнезе жизни.

Как видно из данных рисунка больше половины респондентов страдают ангинами.

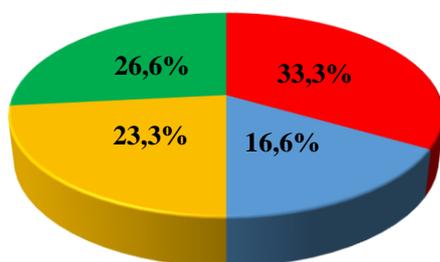
Хроническая форма пиелонифрита наблюдается 13 (43,3%) респондентов, 17 (56,6%) – имеют острую форму заболевания (Рис. 9).



Рис. 9. Распределение респондентов по форме пиелонефрита

Данные диаграммы говорят о том, что больше половины респондентов имеют острую форму пиелонефрита.

Информацию о пиелонефрите 10 (33,3%) респондентов получили от медицинской сестры, 5 (16,6%) - ознакомлены с информацией от родственников, 7 (23,3%) - врача, 8 (26,6%) - использовали сеть интернет (Рис. 10).

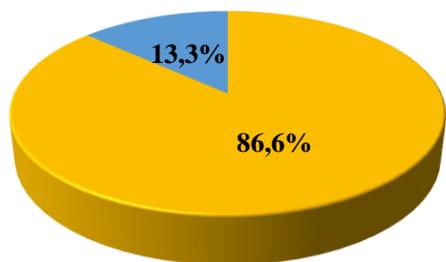


■ Медицинская сестра ■ Родственники ■ Врач ■ Интернет

Рис.10. Распределение респондентов по источникам информации

Из рисунка видно, что от медицинской сестры получили информацию лишь 33%, остальные пользовались другими источниками.

С рекомендациями о питании были ознакомлены 26 (86,6%) респондентов, 4(13,3%) - не были ознакомлены (Рис.11).

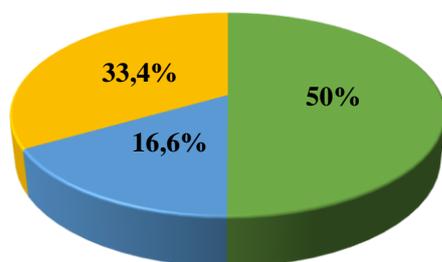


■ Ознакомлены ■ Не ознакомлены

Рис.11. Распределение респондентов по информированию об особенностях питания

По данным диаграммы понятно, что практически все респонденты ознакомлены с особенностями питания при пиелонефрите.

Рекомендации по питанию выполняет 15 (50%) респондентов, 5 (16,6%) - не соблюдают, 10 (33,4%) - частично придерживаются (Рис 12).

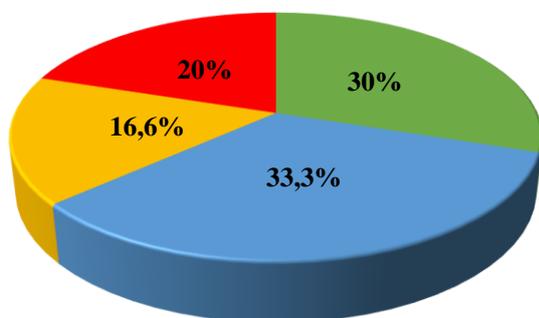


■ Выполняют ■ Не соблюдают ■ Частично придерживаются

Рис.12. Распределение респондентов по выполнению рекомендаций по питанию

Из данных диаграммы видно, что лишь половина респондентов строго придерживаются рекомендаций медицинской сестры по питанию.

Выявляя меры, предпринимаемые респондентами для повышения иммунитета, выяснено, что 9 (30%) респондентов прививаются, строго соблюдают режим дня - 10 (33,3%), закаливаются - 5 (16,6%), дополнительно к пище принимают витамины - 6 (20%) (Рис. 13).



■ Вакцинопрофилактика
 ■ Соблюдение режима дня
 ■ Закаливание
 ■ Дополнительное применение витаминов к пище

Рис.13. Распределение респондентов по применению мер повышения иммунитета

Из данной диаграммы понятно, что чаще, для повышения иммунитета используется строгое соблюдение режима дня и вакцинопрофилактика.

Информацию о правилах личной гигиены получили респонденты, 27 (90%), 3 (10%) – не были ознакомлены с особенностями проведения гигиенических мероприятий (Рис. 14).

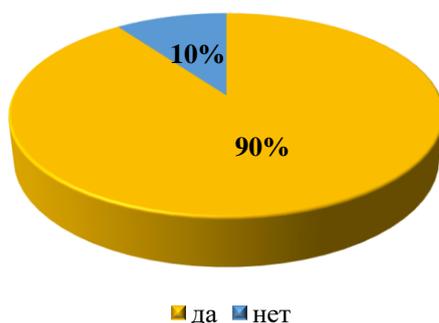


Рис.14 Распределение респондентов по информированию о правилах личной гигиены.

Из данных рисунка понятно, что практически все респонденты были информированы о правилах личной гигиены.

Об особенностях выполнения гигиены интимной зоны информированы и выполняют рекомендации - 28 (93,3%) респондентов, 2 (6,6%) – информированы, но выполняют гигиенические мероприятия не регулярно (Рис. 15).

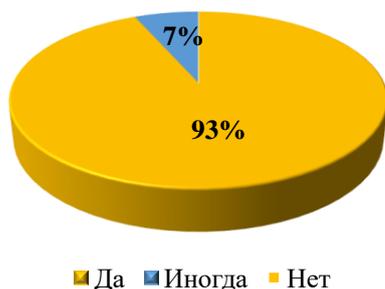
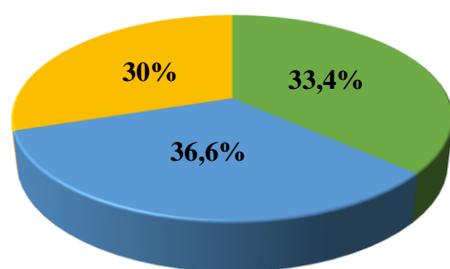


Рис.15. Распределение респондентов по выполнению правил личной гигиены

По данным диаграммы понятно, что практически все респонденты выполняют правила личной гигиены.

Выясняя методы санитарного просвещения, используемые в своей работе медицинской сестрой, определено, что с 11 (36,6%) респондентов проводились личные беседы, групповые беседы прослушало 10 (33,4%) 9 (30%) – были предоставлены памятки (Рис. 16).

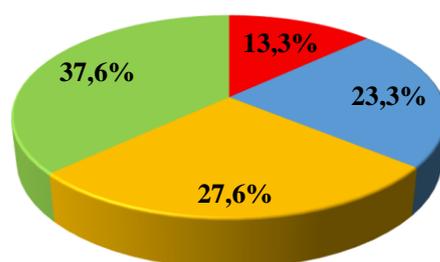


■ Личные беседы ■ Групповые беседы ■ Памятки

Рис. 16. Методы санпросвет работы, используемые медицинской сестрой

Анализируя данные диаграммы, понятно, что в своей профилактической работе медицинская сестра в большей степени использует индивидуальные или групповые беседы.

Санаторно-курортное лечение ежегодно получают 4 (13,3%) респондентов, 7 (23,3%) - 1 раз в 2-3 года, 1 раз в 5 лет 8 (27,6%), 11 (37,6%) не получают вовсе (Рис. 17).



■ Ежегодно ■ 1 раз в 2 - 3 года ■ 1 раз в 5 лет ■ Не получают

Рис.17. Распределение респондентов по частоте получения санаторно-курортного лечения

Из анализа диаграммы понятно, что санаторно-курортное лечение регулярно получает лишь небольшая часть респондентов.

Таким образом, изучив результаты социологического исследования понятно, что пиелонефрит является одним из распространенных заболеваний в педиатрии по всей территории России. В Белгородской области ежегодно его количество увеличивается в среднем на 2 %, что подтверждает данные литературных источников.

По результатам собственного исследования можно сказать, что контингент исследуемой группы составляют дети старше 10 лет, проживающие в сельской местности, большую часть из которых составляют девочки. Фактором риска, которые, имеют в анамнезе переохлаждение и наличие ангины, часто болеющие. В большинстве они имеют острую форму заболевания. Однако, информацию о своем заболевании от медицинской сестры получила лишь небольшая часть респондентов. Информированы медицинской сестрой об особенностях питания при пиелонефрите почти все респонденты, однако придерживаются строго диетических принципов только половина. Для повышения иммунитета чаще используется респондентами строгое соблюдение режима дня и вакцинопрофилактика. Правила личной гигиены выполняют практически все. Санаторно-курортное лечение получает только несколько человек. Информацию о заболевании и профилактические вопросы обсуждались с медицинской сестрой чаще всего в индивидуальной беседе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пиелонефрит - это инфекционно-воспалительный неспецифический процесс в тканях, и канальцах почки, поражающий паренхиму и лоханку почки. Актуальность темы данного заболевания заключается в том, что пиелонефрит распространенное заболевание среди детского населения, который является последствием перенесённых инфекционных заболеваний. На основании изученной литературы было выяснено, что Пиелонефрит требует к себе пристального внимания врача и современной диагностики, которая включает: лабораторные исследования для определения характера воспалительного процесса, анализы функциональных возможностей почек, современные высокотехнологичные исследования. Лечение пиелонефрита у ребенка должно проводиться комплексно и иметь следующие составляющие: диета, медикаментозное лечение, физиотерапия, фитотерапия. Пиелонефрит является серьезным инфекционным заболеванием почек, которое в большинстве случаев требует госпитализации и лечения в условиях стационара. Острая форма пиелонефрита опасна тем, что существует вероятность ее трансформации в хроническую, что, однако, случается редко при должном лечении и уходе. Часто пиелонефрит развивается на фоне затрудненного отхождения мочи, что связано с камнями в почках и простатитом, а также на фоне попадания инфекции в мочевыводящие пути.

Для поставленной цели проводились следующие этапы исследования: анализ литературы по вопросам профилактики рахита, составление и анализ организационно характеристики ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» города Белгород, обработка статистических данных распространенности пиелонефрита в России, проведение и обработка данных социологического исследования. В результате достигнутых целей дала рекомендации медицинской сестре в профилактики заболевания. Медицинские сестры должны позаботиться о том, чтобы каждый ребенок имел достаточную информацию по вопросам профилактики пиелонефрита

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Л., Осипов И. Болезни почек у детей – М.: 2018. С. 15 – 27
2. Балаболкин, М.И. Дифференциальная диагностика и лечение нефрологических заболеваний. М.: Универсум паблишинг. – 2014. – 295с.
3. Батюшкин, М.М. Нефрология. Основы диагностики; под ред. проф. В.П. Терентьева. / М.М. Батюшкин – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 384 с.
4. Вельтищев Ю.Е., Ветров В.П. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья детей. - М.: 2016. –с. 96
5. Запруднов, А.М. Детские болезни: учебник для вузов в 2 томах. / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонов. - Москва: ГЭОТАР - МЕД, 2014. - 768 с
6. Иллек Я.Ю. Хронический пиелонефрит в детском возрасте. Монография. — Киров: Кировская областная типография, 2014. — 148 с
7. Лопаткин, Н.А. Детская урология / Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев. – Москва: 2014. – с 496.
8. Минкин, Р.Б. Болезни почек. / Р.Б. Минкин – Санкт-Петербург: Дорваль, 2015. – 160 с.
9. Самусев, Р.П. Атлас анатомии человека: Учеб. Пособие для студентов учреждений сред. профессионального образования / Р.П. Самусев – Москва: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2015. – 704 с.
10. Тульчинская, В.Д. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцева ; под ред. Морозовой Р.Ф. – Изд. 19-е, испр. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 383 с.
11. Фадеев, К.А. Медицинская сестра в педиатрии; под ред Р.П. Авдеева. / К.А. Фадеев. – Москва : 2015. – 322 с.
12. Чугунова О.Л., Думова С.В. Особенности заболеваний органов мочевой системы у детей раннего возраста и их лечение // Фармакотерапия

детских болезней. Руководство для врачей / под общей ред. А.Д. Царегородцева. М.: МИА, 2010. С. 724–734.

13. Шорохова, Н.С. Профилактика детских заболеваний / Н.С. Шорохова, А.В. Шпак. – Москва : 2016. – 574 с.
14. Шабалов Н. П. Детские болезни: Учебник. 5-е изд. В двух томах. — СПб.: Питер, 2012. — Т. 1. С. 224—248
15. Диагностика осложнений при пиелонефрите в детском возрасте, [Текст] / В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло, Д.М. Курочкин [и др.] //Скорая медицинская помощь: Российский научно практический журнал. – 2015. – Т. 2, № 1. –С . 62 – 64.
16. Сестренское обследование детей при пиелонефрите, [Текст] / Н.В. Кузнецова, Т.Н. Орлова, А.А. Скребушевская[и др.]//Медицинская сестра: Российский научно исследовательский журнал выпуск №1, 2014. – 34 с.
17. Парамонова Н.С. и др. Детские болезни. Пособие. Курс лекций. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – 612 с
18. Баранов А.А., Педиатрия [Электронный ресурс]: клинические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 432 с. (Серия "Клинические рекомендации")- Режим доступа:<http://www.studentlibrary.ru/book/RML0309V3.html>
19. Диета при пиелонефрите для детей, взрослых и беременных/ – Москва, 2017. – Режим доступа: <http://tvoi-pochki.ru/dieta-pri-pielonefrite-dlya-detej-vzroslyx-i-beremennyx.html>
20. Медицинский научно – аналитический центр / - Белгород, 2017. – <http://miac.belzdrav.ru/statistics/generalDocuments/index.php>
21. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. С.И. Двойникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435168.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Примерное меню для детей при пиелонифрите

Период приема пищи	Дни недели				
	Понедельник	Вторник	Среда	Четвер	Пятница
Затрак	Каша гречневая, свежий огурец, яблочный сок	Манная каша на молоке, чай	Омлет, овощной салат, фруктовый сок	Рисовая каша на молоке, компот из сухофруктов	Овсяная каша, овощной сок
Второй завтрак	Печеные яблоки	Отварное яйцо	Бличики со сметаной, яблоко, отвар шиповника	Твороженная запеканка с морковью	Оладьи, чай с лимоном
Обед	Постный борщ с сметаной, Запечённая рыба Компот из сухофруктов	Картофельное пюре, паровое котлеты из кабачков, овощной суп, чай.	Рассольник, гречневая каша с печеночной катлетой, укропная вода	Куриный бульон, печеный картофель с зеленым горошком, компот из ягод	Суп с фрикадельками, овощное рагу, клюквенный морс.
Полдник	Оладьи, кефир	Овощи на пару	Фруктовый салат, чай	Овощной салат, кисель	Ассорти из дыни и арбуза, фруктовый сок
Ужин	Запеканка, Клюквенный морс	Простокваша с печеньем	Творог со сметаной и медом	Питьевой йогурт, булочка	Яблочный пирог, морковный сок

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Личная гигиена половых органов девочек

- ✓ Для интимной гигиены девочек необходимо использовать исключительно специальные средства. Детское мыло может привести к пересушиванию или ошелачиванию, по это его рекомендуется применять не чаще чем два раза в неделю исключетельно для подмывания ьольных половых губ.
- ✓ Интимную гигиену девочек необходимо проводить только чистыми руками. Не в коем случаи нельзя использовать мочалки, ватные диски, губки и другие средства для гигиены промежности.
- ✓ Движения всегда строго должны производиться от лобка к анусу.
- ✓ После гигиенической процедур необходимо слегка промокнуть зону половых органов полотенцем. Для этого должно быть индивидульное полотенце
- ✓ За тем надеть нижнее белье. Трусики должны быть из хлопковой ткани и не плотно облегать.
- ✓ Родителям необходимо обучить своего ребенка ежедневной гигиене наружных половых органов следуя данным правилам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Сбор мочи по Зимницкому

Целью данного исследования является оценка функциональной способности почек, в обычных условиях режима дня ребенка. Позволяет обеспечить качественную подготовку и точного получения результатов. Сбор мочи для данного исследования будет производиться в течении одних суток. Ребенок должен соблюдать привычный для него вводно-пищевой и двигательный режимы, не принимать диуретики, учитывать и записывать в «лист учета водного баланса» весь объем выпитой жидкости на протяжении всего времени исследования.

- В 6 часов утра ребенку необходимо подмыть половые органы, затем помочиться в унитаз
- На протяжении суток необходимо собирать мочу, каждые 3 часа (с 6-00 до 9-00; с 9-00 до 12-00; с 12-00 до 15-00; с 15-00 до 18-00; с 18-00 до 21-00; с 21-00 до 24-00; с 24-00 до 3-00; с 3-00 до 6-00) в баночки, которые выдала вам медицинская сестра. Их должно быть 8 штук.
- Если моча отсутствует за определенный промежуток времени, то баночка, предназначенная для этого промежутка, остается пустой
- Ночью вас разбудит медицинская сестра для сбора мочи
- Сообщите медсестре когда вся моча будет собрана.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Анкета для пациентов!

Уважаемые пациенты! Для заполнения анкеты обведите кружком ответ, который на ваш взгляд является правильным или напишите свой вариант ответа, где это необходимо. Просим Вас честно ответить на предлагаемые вопросы. Анкета заполняется анонимно. Указанные Вами сведения не подлежат разглашению. Спасибо!

1. Возраст

- 0 – 3
- 3 – 10
- 10 – 18

2. Место проживания

- Город
- Поселок
- Селтская местность

3. Пол

- Мужской
- Женский

4. Подвергались ли вы переохлаждению?

- Да
- Нет

4 Как часто вы болеете ОРВИ?

- 1 – 2 раз в год
- 2 – 3 раз в год
- Более 3 раз в год

5. Болели ли вы до поступления в стационар ангиной?

- Да
- Нет

6. С каким видом пиелонефрита вы поступили в стационар?

- Острый
- Хронический

7. От кого вы получили информацию об особенностях вашего заболевания?

- От медицинской сестры
- От родственников
- От врача
- Из интернета

8. Ознакомила ли вас медицинская сестра с рекомендациями по питанию во время заболевания?

- Да
- Нет
- Частично соблюдаю

9. Выполняете ли вы, рекомендации по правильному питанию, которые дала вам медицинская сестра?

- Да
- Нет
- Иногда

10. Какой вид профилактики вы предпринимаете для укрепления здоровья?

- Вакцинопрофилактика
- Закаливание
- Соблюдение дня
- Обогащение пищи витаминами

11. Ознакомила ли вас медицинская сестра с рекомендациями по личной гигиене половых органов?

- Да
- Нет

12. Придерживаетесь ли вы рекомендаций по гигиене половых органов, которые дала вам медицинская сестра?

- Да
- Нет
- Иногда

13. Какими методами санпросвет работы пользуется ваша участковая медицинская сестра?

- Личные беседы
- Групповые беседы
- Санитарные бюллетени и памятки

14. Как часто вы получаете санаторно-курортное лечение?

- Ежегодно
- 1 раз в 2 – 3 года
- 1 раз в 5 лет
- Не получаю

Спасибо за уделенное время на нашу анкету, ваше мнение важно для нас!