

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Пивневой Анастасии Александровны

Научный руководитель
преподаватель Усачёва О.В.

Рецензент
Врач-терапевт
ОГБУЗ «Городская поликлиника
города Белгорода»,
поликлиническое отделение №1
Григорьева Е. Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИЕЛОНЕФРИТА	5
1.1. Пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника	5
1.2. Лечение пиелонефритов	10
1.3. Сестринский процесс при пиелонефрите	13
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ.....	18
2.1 Методика исследования	18
2.2 Анализ деятельности медицинской сестры при хроническом пиелонефрите.....	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Одним из самых распространенных заболеваний почек и мочевыводящих путей является пиелонефрит. Статистика говорит о том, что в мире, данным заболеванием страдают две трети населения. Острый пиелонефрит протекает с яркой симптоматикой, в то время, как хронический, может себя практически ни как не проявлять.

Деятельность медицинской сестры при данном заболевании имеет особое значение. Пациенты часто страдают от недостатка информации, не замечая из-за этого, порой, явных проявлений болезни. Безалаберное отношение к своему здоровью и потеря бдительности могут привести к осложнениям.

Последствиями хронического пиелонефрита, могут быть тяжелые осложнения, такие как, карбункул или абсцесс почки, почечная недостаточность, сепсис и бактериальный шок. Именно по этому, медицинская сестра должна проявлять внимание каждому пациенту, с установленным диагнозом пиелонефрита, осуществлять контроль за его состоянием и своевременным прохождением диспансерного осмотра.

Исходя из актуальности, была выбрана **тема дипломной работы:** «Профессиональная деятельность медицинской сестры при хроническом пиелонефрите».

Научная новизна: впервые, на базе ОГБУЗ «Областная Клиническая больница им. Св. Иоасафа» проведено исследование деятельности медицинской сестры при хроническом пиелонефрите.

Цель: на основании полученных в ходе исследования данных, выявить значение деятельности медицинской при хроническом пиелонефрите.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при хроническом пиелонефрите.

Объект исследования: пациенты урологического отделения ОГБУЗ «Белгородская клиническая больница им. Святителя Иоасафа».

Задачи:

- изучить теоретические аспекты профессиональной деятельности медсестры при пиелонефрите;
- провести анализ деятельности медсестры при хроническом пиелонефрите;
- установить влияния деятельности медицинской сестры на состояние пациента.

Методы:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- ранжирование;
- статистический;
- социологический;
- графический.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская клиническая больница им. Святителя Иоасафа».

Теоретическая значимость заключается в определении эффективности профессиональной деятельности медсестры при проведении мероприятий по уходу за пациентами с пиелонефритом.

Практическая значимость: в ходе исследования были сформированы рекомендации для медицинских сестер, для улучшения их деятельности при осуществлении ухода за пациентами с хроническим пиелонефритом.

Время проведения исследования: апрель - май 2019 года.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 38 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников литературы и приложений. Работа содержит 18 рисунков. Библиографический список литературы содержит 11 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИЕЛОНЕФРИТА

1.1. Пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника

Пиелонефрит – специфическое инфекционно-воспалительное заболевание, поражающее лоханку, чашечки и паренхиму почек с вовлечением в процесс интерстициальной ткани почек.

Хронический пиелонефрит – вялотекущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление интерстиция почки, приводящее к необратимым изменениям в чашечно-лоханочной системе с последующими склерозированием паренхимы и сморщиванием почки.

Этиология и патогенез хронического пиелонефрита.

Не смотря на то что пиелонефрит это инфекционное заболевание, специфического возбудителя у него не существует:

- кишечная палочка;
- протей;
- стафилококк;
- стрептококк;
- синегнойная палочка;
- микробные ассоциации.
- энтерококк.

Незначительную роль в возникновении хронического пиелонефрита играют L-формы бактерий, которые могут длительно выживать в организме и попадать в почки с кровью [1, с. 57].

Основные пути проникновения инфекции в почку:

- гематогенный (при наличии острой и хронической инфекции в организме - аппендицита, остеомиелита, послеродовой инфекции и др.);
- уриногенный, или восходящий (через уретру, мочевого пузыря и мочеточник, по просвету или стенке последнего);

– на фоне острых и хронических кишечных инфекций считается возможным и лимфогенный путь инфицирования.

Частой причиной для развития хронического пиелонефрита, становится пузырно-мочеточниковый рефлюкс, возникший вследствие различных функциональных и органических нарушений уродинамических процессов.

Инфекция становится патогенной, если имеются предрасполагающие факторы:

- переохлаждение;
- сниженная иммунологическая реактивность;
- наличие сахарного диабета у больного;
- нарушения уро - и гемодинамики и лимфооттока;
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс, часто у детей с хроническим циститом;

- гормональный сдвиг;
- изменение внутривисцерального давления;
- перенесенные половые инфекции;
- различные инструментальные исследования почек и мочевыводящих путей - цистоскопия, уретрография, цистография, особенно ретроградная пиелография;

- простая катетеризация мочевого пузыря;
- нахождение постоянного катетера в мочевом пузыре в течение 24 часов.

Факторы риска для развития хронического пиелонефрита:

- не долеченный острый пиелонефрит;
- отсутствие диспансерного наблюдения за пациентом;
- недостаточно распознанные причины нарушения оттока мочи – мочекаменная болезнь;

- гиперплазия предстательной железы;
- мочеточниковые рефлюксы;

- хронические сопутствующие заболевания - сахарный диабет, ожирение, тонзиллит и др.;
- дефлорационный цистит, беременность;
- повторные эпизоды инфекции в нижележащих отделах мочевыводящей системы;
- иммунодефицитные состояния.

Возникновению воспалительного процесса способствуют препятствия нормальному оттоку мочи по мочевыделительной системе, что ведет к застою мочи в чашечно-лоханочной системе и инфицированию.

Клиника.

Учитывая вариабельность течения и клинических проявлений хронического пиелонефрита, различают следующие синдромы:

- интоксикационный;
- болевой;
- синдром артериальной гипертензии;
- отечный;
- синдром нарушения отделения мочи;
- синдром патологических изменений в общем анализе мочи;
- синдром анемии.

Разнообразие симптоматики хронического пиелонефрита зависит:

- от одностороннего или двустороннего характера заболевания;
- степени распространения и активности воспалительного процесса;
- степени развития склеротических изменений;
- наличия препятствия к оттоку мочи в верхних или нижних мочевыводящих путях;
- сопутствующих заболеваний (нефролитиаза, туберкулеза, сахарного диабета и др.).

Выделяют различные формы клинического течения хронического пиелонефрита:

- латентную;
- рецидивирующую;
- гипертоническую;
- анемическую;
- азотемическую.

Часто у пациента наблюдается волнообразная форма течения заболевания - смена фаз активного воспаления, латентной формы и ремиссии.

В фазе активного воспаления отмечаются симптомы:

- субфебрильная температура;
- слабые тупые боли в поясничной области, болезненность при пальпации почек;
- расстройства акта мочеиспускания;
- общая слабость, повышенная утомляемость, головные боли;
- нередко артериальная гипертензия;
- в анализах мочи - измененная реакция (нейтральная, щелочная) мочи, протеинурия, гематурия, лейкоцитурия (свыше 25×10^3 лейкоцитов в 1 мл мочи), бактериурия (105 микроорганизмов и более в 1 мл мочи), снижена относительная плотность мочи (удельный вес);
 - в клиническом анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, нередко анемия;
 - в биохимическом анализе крови - повышение содержания остаточного азота, креатинина;
 - инструментальные исследования (рентгенологические, радиоизотопные) свидетельствуют о снижении функции почек.

В стадии ремиссии хронический пиелонефрит протекает с весьма вялой симптоматикой. Лишь целенаправленный расспрос позволяет выявить периоды болей в поясничной области, периоды немотивированного субфебрилитета, расстройства мочеотделения (полиурии, никтурии). У пациента отмечаются жалобы на утомляемость, снижение работоспособности.

При исследовании мочи наиболее важным симптомом являются умеренная лейкоцитурия, гематурия и протеинурия.

В фазу невыраженного обострения ремиссии количество лейкоцитов может не превышать нормального значения [2, с. 470].

В последующем, развивается нарушение концентрационной и азотовыделительной функций почек. Нарушение концентрационной функции выявляется с помощью сбора анализа мочи по Зимницкому.

Часто единственным признаком хронического пиелонефрита является изолированный мочевого синдром (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия или наличие цилиндров) или сочетание мочевого синдрома с анемией или артериальной гипертензией.

В период обострения заболевания температура тела часто носит субфебрильный характер.

В более поздней стадии пиелонефрита не только активная и латентная фазы, но и фаза ремиссии проявляются общей слабостью, быстрой утомляемостью, снижением трудоспособности, отсутствием аппетита. Больные отмечают неприятный привкус во рту, особенно по утрам, давящие боли в эпигастральной области, неустойчивость стула, метеоризм, тупые ноющие боли в поясничной области, к которым они привыкли и не придают им значения. Все эти описанные симптомы свидетельствуют о нарушении азотовыделительной функции почек. Снижение функций почек приводит к жажде, сухости во рту, никтурии, полиурии.

Очень часто имеется выраженная бледность, в анализе крови - анемия. Развивается артериальная гипертензия с очень высоким диастолическим давлением (выше 110 мм рт.ст.) при систолическом давлении в среднем 170-180 мм рт.ст.

Латентная форма встречается у 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 показывает, иногда легкую болезненность при

поколачивании по пояснице. Диагноз ставят по данным лабораторного исследования. Обычно отмечаются незначительная лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия. Нарушение функций почек проявляется стойким снижением концентрационной функции - гипо- и изостенурией, клинически - полиурией. Редко могут наблюдаться анемия и умеренная гипертензия [3, с. 145].

Рецидивирующая форма. Встречается у 70-80% больных. Наблюдается чередование обострений и ремиссий. Выявляется интоксикационный синдром с повышением температуры тела, ознобами. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. В анализах мочи - протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия. Боли в поясничной области, у некоторых больных - по типу почечной колики; боль асимметрична. Характерны дизурический и гематурический синдромы.

Гипертоническая форма. Ведущий синдром - повышение артериального давления, может быть первым и единственным. Больные предъявляют жалобы на упорные головные боли, головокружения, нарушения зрения, боли в области сердца, одышку. Наблюдаются гипертонические кризы. Мочевой синдром обычно слабо выражен, непостоянен. Могут наблюдаться анемия, жажда, полиурия, иногда субфебрилитет, снижение работоспособности.

Анемическая форма. Встречается достаточно часто. Наблюдается стойкая гипохромная анемия, сопровождаемая выраженной слабостью. Анемия связана с нарушением продукции эритропоэтина. Диагноз ставят на основании анамнеза и обнаружения в крови повышенного содержания креатинина и мочевины.

Азотемическая форма. Проявляется впервые уже в виде хронической почечной недостаточности [4, с. 354].

1.2. Лечение пиелонефритов

Основной целью лечения хронического пиелонефрита является:

- борьба с возбудителем;
- купирование воспалительных проявлений;
- профилактика рецидивов заболевания;
- профилактика развития хронической почечной недостаточности.

Показания к госпитализации:

- быстрое прогрессирующее ухудшение функций почек;
- неконтролируемая артериальная гипертензия;
- выраженная интоксикация.

Стационарное лечение

Постельный режим во время обострения.

Диета больных хроническим пиелонефритом при отсутствии артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности близка к физиологической. При наличии артериальной гипертензии рекомендуется диета с пониженным содержанием соли, при хронической почечной недостаточности - с ограничением белка.

Показано достаточное количество жидкости (1,5-2 л ежедневно), за исключением больных с нарушенным оттоком мочи и признаками застойной сердечной недостаточности.

Устранение причин, вызвавших нарушение пассажа мочи.

Медикаментозное лечение пиелонефритов

Антибактериальная терапия (с учетом бактериологического исследования мочи):

- фторхинолоны - норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин. Применяют парентерально и внутрь, по 0,4 г 2 раза в сутки;
- цефалоспорины II-III поколения - цефуроксим, цефаклор, цефиксим, цефтибутен. Применяют по 0,5-1 г 2-4 раза в сутки в/м;
- аминогликозиды - гентамицина сульфат по 80 мг 2-3 раза в сутки в/м, амикацин по 0,5 г 2 раза в сутки в/м;
- цефалоспорины IV поколения (препарат резерва) - цефепим по 1 г 2 раза в сутки в/м;

– карбапенемы (препараты резерва) - имипенем (тиенам) по 0,5-1 г в/в каждые 6-8 ч.

Антибактериальную терапию продолжают не менее 6 нед, лекарственные средства чередуют через каждые 5-7 дней. Первичный курс - не менее 4 нед, назначение антибактериальных лекарственных средств - последовательно. Для того чтобы не развивалось привыкания, эти 4 недели лекарственные средства меняют.

При нарушенном пассаже мочи введение больших доз антибиотиков может привести к высвобождению значительного количества эндотоксина и развитию бактериемического шока. Для некоторых антибиотиков, увеличивающих свою активность в кислой среде, следует это учитывать при выборе лекарственного средства [5, 111].

Нежелательно назначать антибиотики, обладающие нефротоксическим эффектом. Следует помнить, что нефротоксичность различных лекарственных средств возрастает при одновременном применении с диуретиками.

Химические антибактериальные лекарственные средства:

– сульфаниламидные препараты - ко-тримоксазол (бисептол) - принимают по 1 г 2 раза в сутки в течение 7-10 дней; сульфадиметоксин назначают по 0,5 г 4-6 раз в сутки. Сульфаниламидные препараты необходимо сочетать с обильным (не менее 2 л/сут) приемом жидкости;

– налидиксовая кислота (невиграмон, неграм) - назначают по 0,5-1 г 4 раза в сутки в течение 2 нед, но не более.

– нитроксалин (5-НОК) - по 0,1 г 4 раза в сутки. Его преимущество перед сульфаниламидами и невигамоном состоит в том, что он выделяется в больших количествах с мочой и может применяться для лечения пиелонефрита у больных хронической почечной недостаточностью;

– уроантисептик - пипемидиновая кислота (палин, пимидель) - по 0,4 г 2 раза в сутки. Отмечается высокая чувствительность возбудителей пиелонефрита к этому лекарственному средству.

Иммуностимулирующие лекарственные средства:

- левамизол (декарис) - внутрь по 150 мг 1 раз в неделю в течение 6-8 нед;

- витамины, экстракт алоэ.

Фитотерапия: почечный чай, полевой хвощ, брусника, петрушка, канефрон (растительный препарат, обладает бактерицидным, противовоспалительным и мочегонным действием).

Мероприятия по повышению защитных свойств организма:

- калорийное и витаминизированное питание, клюквеннобрусничные морсы, настой шиповника;

- пребывание на свежем воздухе, ЛФК;

- лечение сопутствующих заболеваний [6, с. 850].

1.3. Сестринский процесс при пиелонефрите

Деятельность медицинской сестры при хроническом пиелонефрите включает в себя широкий спектр проводимых мероприятий и вмешательств.

Перед самым вмешательством, медицинская сестра должна:

- провести сестринское обследование, провести субъективное обследование, включающее в себя опрос пациента и его родственников.

- для оценки физического, психологического и психоэмоционального состояния, выявления проблем пациента (настоящих и потенциальных) необходимо провести объективное обследование

- сформировать план сестринских вмешательств и ухода.

При формулировке сестринских диагнозов, медицинская сестра должна обратить особое внимание на следующие жалобы пациента:

- отеки;

- повышение артериального давления;

- боль в области поясницы;

- головная боль;

– тошнота и рвота.

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 исследований и подготовку к ним.

В оказании помощи пациентам с пиелонефритом медицинская сестра играет очень важную роль. В ее компетенцию входит

Обеспечение лечебного режима.

Полупостельный режим, обеспечивающий достаточный для выздоровления отдых и сон;

Ограничение физической активности, так как эти меры способствуют снижению артериального давления, выраженной общей слабости, утомляемости;

При контроле режима нужно учитывать, что пациент во время лечения должен держать поясницу и ноги в тепле.

Медицинская сестра контролирует соблюдение пациентом двигательной активности [7, с. 674].

Лечебная диета.

В первые два дня болезни, в связи с явлениями интоксикации рекомендуют свежие овощи, фрукты и ягоды, до 2 л жидкости (соки, компоты, отвары, сладкий чай). В дальнейшем больных переводят на 5-10 дней на диету ОДВ с увеличением количества жидкости и включением молочных и овощных блюд.

После выписки из стационара в домашних условиях при нормальной функции почек и нормальном артериальном давлении суточный рацион должен включать: белки - до 100 граммов, жиры - 80-90 граммов, углеводы - 400-450 грамм, соль - до 10 граммов. Энергетическая ценность диеты 3000 -3200

килокалорий в сутки. Режим питания 4-5 раз в день. Если у респондента повышенное артериальное давление, то количество соли ограничивают до 4-5 грамм. Пища должна быть разнообразной. Рекомендуют фруктовые соки, компоты, кисели. Один раз в неделю проводят разгрузочные дни (1,5-2 килограммов в день свежих фруктов).

Запрещаются: копчености, мясные и рыбные бульоны, пряности, консервы, горчица, хрен, лавровый лист, черный перец, соленья, щавель, чеснок.

Медицинская сестра контролирует соблюдение пациентом лечебной диеты.

В сестринский процесс при пиелонефрите входят:

- подготовка пациента к исследованиям
- подробное объяснение пациенту сути и хода предстоящей процедуры
- исследования, к которым нужно подготовить пациента.

Подготовка пациента к общему и биохимическому анализу крови.

Между последним приемом пищи и сдачей крови на анализ должно пройти не менее 8 часов. Желательно за 1-2 дня до обследования исключить из рациона жирное, жареное и алкоголь. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения. Надо исключить факторы, влияющие на результаты исследований: физическое напряжение (бег, подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение. Перед процедурой необходимо отдохнуть 10-15 минут, успокоиться [8, с. 343].

О приеме лекарств обязательно предупредить лечащего врача.

Кровь не следует сдавать после рентгенографии, ректального исследования или физиотерапевтических процедур.

Общий анализ мочи.

Накануне сдачи анализа не употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и пр.)

Не принимать диуретики.

Перед сбором мочи надо произвести тщательный гигиенический туалет

половых органов [9, с. 765].

Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации. Собрать примерно 50 мл утренней мочи в контейнер. Для правильного проведения исследования при первом утреннем мочеиспускании небольшое количество мочи (первые 1 - 2 сек.) выпустить в унитаз, а затем, не прерывая мочеиспускания, подставить контейнер для сбора мочи, в который собрать приблизительно 50 мл мочи.

Сразу после сбора мочи плотно закрыть контейнер завинчивающейся крышкой.

Анализ мочи по Нечипоренко.

Подготовка к исследованию:

Накануне не разрешается употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи, не принимать диуретики. Перед сбором мочи надо произвести гигиенический туалет половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации. На исследование берется средняя порция утренней мочи: для этого первое количество выделенной мочи (15-20 миллилитров) пропускают, а среднюю порцию утренней мочи помещают в подготовленную чистую посуду.

Пробу нужно доставить в заборный пункт утром того же дня. Длительное хранение мочи ведет к изменению ее физических свойств, размножению бактерий и к разрушению элементов осадка [10, с. 546].

Ультразвуковое исследование почек.

Ультразвук хорошо проходит через жидкость, но его проведение невозможно при наличии газов, воздуха. Поэтому проведению исследования мешает наличие большого количества газов в брюшной полости. Подготовка пациента к УЗИ почек заключается в освобождении кишечника от шлаков и газов. За три дня до проведения исследования из пищевого рациона необходимо исключить черный хлеб, свежее молоко, картофель, капусту, сырые овощи и фрукты, сладости. В течение трех дней нужно принимать активированный уголь, Эспумизан или другие энтеросорбенты, снижающие проявления

метеоризма и скопление газов в кишечнике. Накануне исследования ужин должен быть легким, не позже 19 часов. После ужина необходимо сделать очистительную клизму. В день проведения исследования прием пищи и питье не ограничивается.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости

Подготовка больного к обзорной рентгенограмме брюшной полости требует соблюдения обязательных правил:

1. очистка кишечника вечером накануне исследования (клизма),
2. очистка кишечника утром накануне исследования,
3. исследование проводится натощак.

Для улучшения местного кровообращения, уменьшения болей назначают тепловые процедуры (согревающие компрессы, грелки, диатермия поясничной области) [11, с. 432].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

2.1 Методика исследования

Исследование проводилось на базе нефрологического отделения ОГБУЗ «Областная Клиническая больница им. Св. Иоасафа». В данном отделении оказывают помощь пациентам со следующими патологиями:

- гломерулонефрит;
- интерстициальный нефрит;
- наследственный нефрит;
- вторичные нефропатии:
- амилоидоз;
- лекарственные нефропатии;
- подагрическая нефропатия;
- нефропатии при заболеваниях соединительной ткани;
- пиелонефрит острый, хронический (исключая урологическую патологию).
- патология трансплантированной почки.

Исходя из поставленных целей и задач для достижения необходимых результатов, после углубленного изучения и анализа, в данной исследовательской работе была изучена профессиональная деятельность медицинской сестры нефрологического отделения при уходе за пациентами с пиелонефритом.

Исследование было разделено на несколько этапов:

1 этап. Изучение методик проведения практического исследования, разработка тактики исследования, подбор респондентов.

2 этап. Проведение социологического исследования. Опрос 30-ти пациентов урологического отделения в период с 23.03.2019 по 26.04.2019 года

3 этап. Подсчет и анализ полученных в ходе исследования данных.

4 этап. Формирование выводов, исходя из полученных данных с применением научно-теоретических знаний и исходя из практического опыта

5 этап. Составление практических рекомендаций по улучшению профессиональной деятельности медицинской сестры при пиелонефрите.

2.2 Анализ деятельности медицинской сестры при хроническом пиелонефрите

Исходя из теоретических данных, следует, что из-за анатомических особенностей строения, хроническим пиелонефритом, женщины болеют чаще, чем мужчины. В ходе проведённого нами исследования, были выявлены следующие данные (Рис. 1).



Рис. 1. Пол

Среди опрошенных подавляющее большинство женщины – 63%. Мужчины составляют 37%.

Специалисты выделяют три критических возрастных периода, в которых, наибольший риск развития хронического пиелонефрита. К ним относятся:

- дети в возрасте до трех лет, чаще встречается у девочек;

- возраст от 17 до 37 лет, что связано с тем, что это период связан с родами у женщин;
- старческий возраст, чаще у мужчин, что связано с возрастными изменениями мочеполовой системы и возникновением заболеваний в ланных органах.

Мы узнали, к какой возрастной группе относится наибольшее количество респондентов на момент исследования. Данные, представлены в диаграмме (Рис. 2).

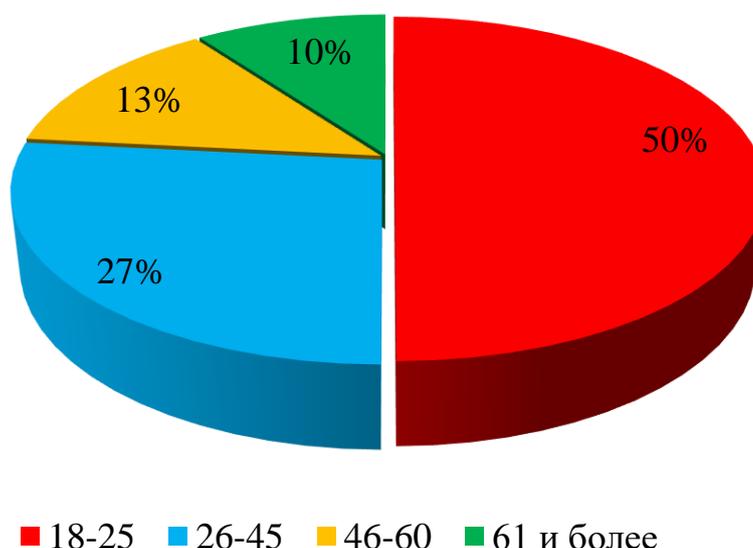


Рис. 2. Возраст

Наибольшее количество пациентов относится к группе от 18 до 25 лет – 50%. Наименьшая группа это 61 и более лет – 10 %.

Одним из важных факторов возникновения пиелонефрита являются предшествующие ему урологические заболевания. Так как уриногенный путь проникновения инфекции является наиболее часто встречаемым. Принцип заключается в колонизации нижних мочевых путей (мочевого пузыря, мочеиспускательного канала) бактериями.

После этого, вследствие нарушенного оттока мочи происходит распространение инфекции из мочевых путей в почечную лоханку. Именно поэтому этот вопрос был задан респондентам.

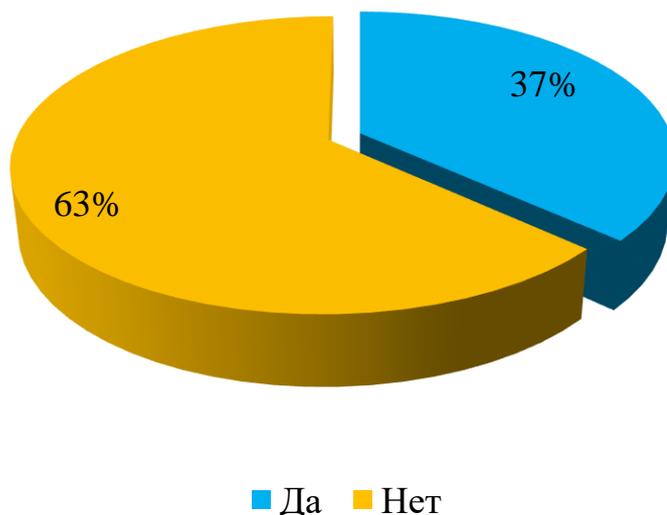


Рис. 3. Урологические заболевания в анамнезе

Из числа опрошенных большинство пациентов отрицают наличие урологических заболеваний в анамнезе – 63%. Остальные 37% респондентов болели урологическими заболеваниями.

Одной из самых частых причин возникновения такого заболевания, как пиелонефрит, является перенесенное респираторное заболевание. Нами был задан вопрос о наличии острых инфекционных заболеваний в анамнезе.

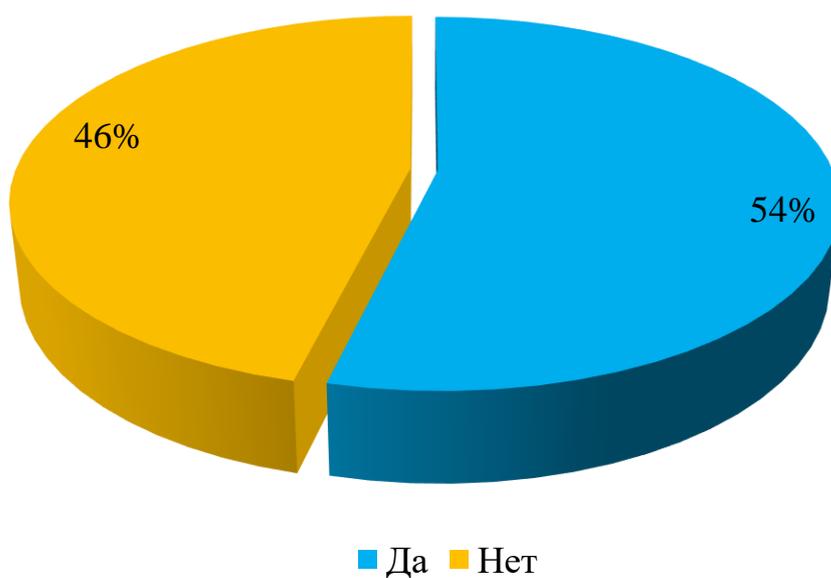


Рис. 4. Острые инфекционные заболевания в анамнезе

Данные диаграммы (Рис. 4), говорят о том, что большая часть респондентов незадолго до появления обострения хронического пиелонефрита, или появления острого пиелонефрита перенесли острые инфекционные заболевания – 54%.

Так же немало важным фактором развития заболевания может быть наличие воспалительных и инфекционных процессов. Определенного возбудителя пиелонефрита не существует, но наиболее часто встречаются: кишечная палочка, протей, стафилококк, стрептококк, синегнойная палочка, микробные ассоциации, энтерококк. Причиной может стать проникновение агента в почечную лоханку. Часто это возникает на фоне первичных инфекций.

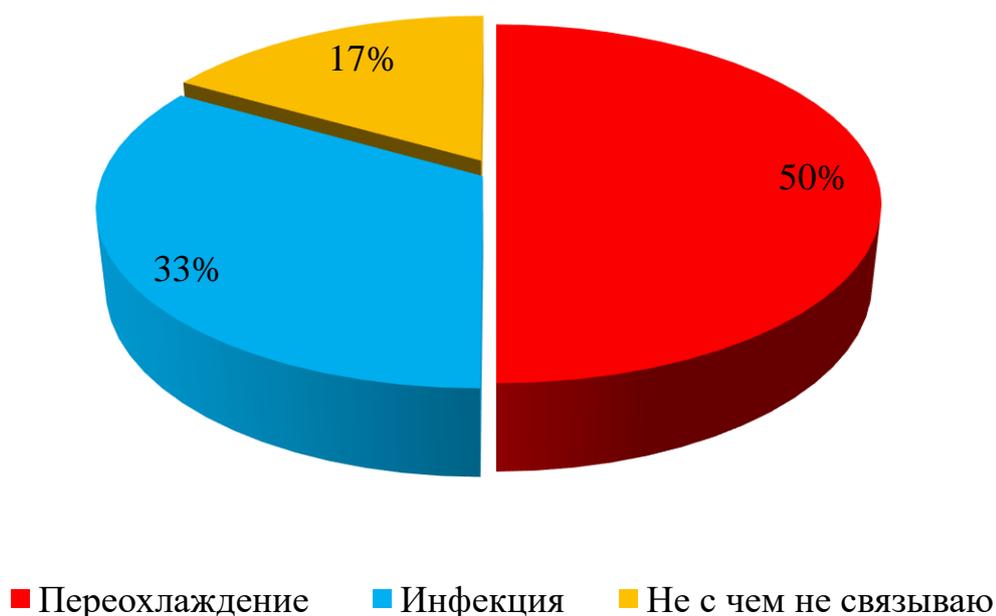


Рис. 5. С чем связано заболевание

Среди респондентов 50% связывают свое заболевание с переохлаждением. 33% опрошенных считают, что заболевание возникло вследствие инфекции и только 17% ни с чем не связывают свое заболевание.

Так как пиелонефрит представляет собой воспалительное заболевание почек, которое поражает чашечно-лоханочную систему почки. При заболевании диагностируются нарушения мочеиспускания, боли и рези при мочеиспускании, в редких случаях, задержку и недержание урины.

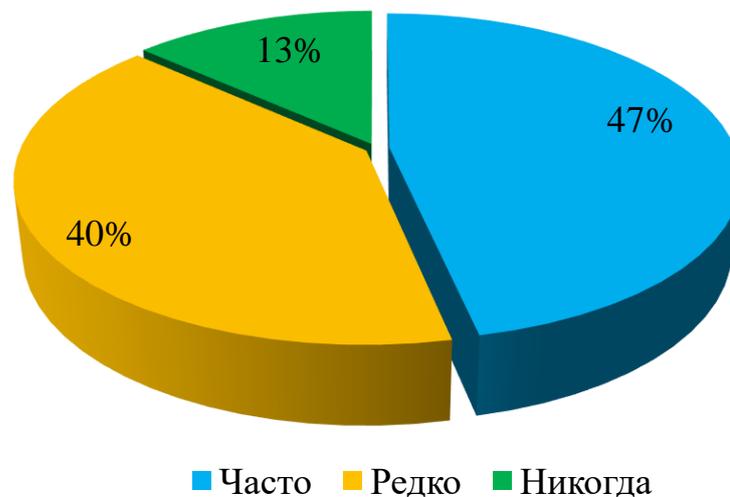


Рис. 6. Дискомфорт при мочеиспускании

Среди опрошенных 47% пациентов сталкивались с проблемами мочеиспускания. У 13% респондентов таких проблем не возникало.

Частым симптомом при заболеваниях почек, является преобладание ночного диуреза над дневным. В диаграмме (Рис. 7), представлены данные по этой проблеме.

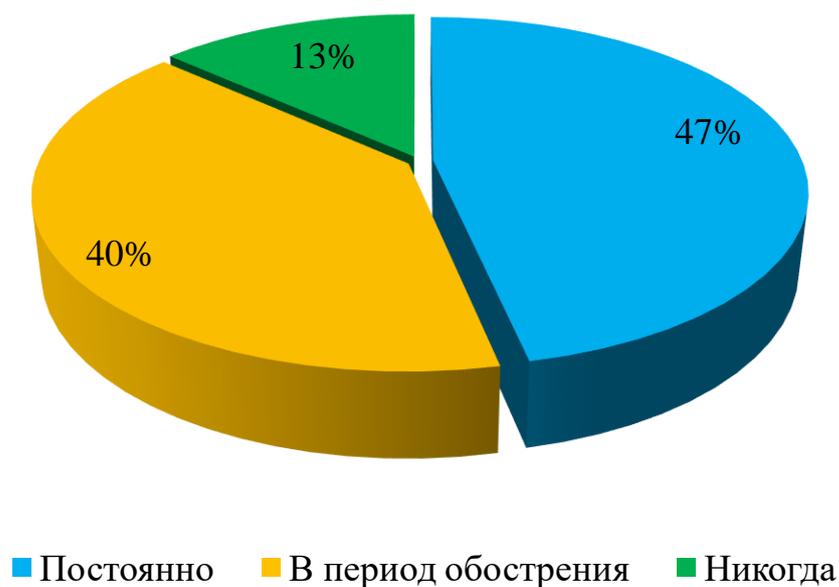
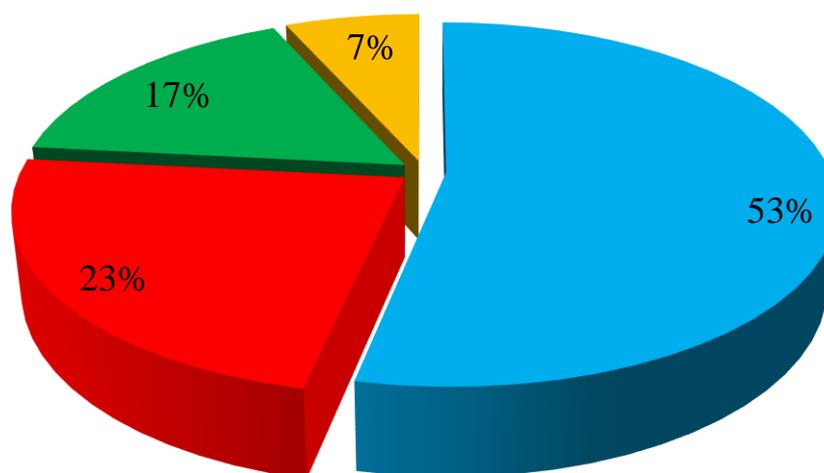


Рис. 7. Никтурия

Такого симптома, как никтурия, ни когда не было лишь у 13% респондентов. Наибольшее количество пациентов – 47% ответили, что данный симптом наблюдается у них постоянно, в то время, как 40% пациентов ответили, что никтурия у них наблюдается лишь в период обострения.

Отеки являются одним из симптомов заболевания почек. Они могут проявляться в течение нескольких недель и свидетельствовать о развитие дизирического синдрома. Наиболее частая локализация отеков на лице.



■ Да, возникают ■ Да, но редко ■ Иногда ■ Не возникают

Рис. 8. Наличие отеков

Исходя из полученных данных, отеки возникают у 53% пациентов. Редко возникают у 23% респондентов. У 17% только в период обострения или при нарушении диеты, а 7% не возникают.

В обязанности медицинской сестры входит контроль за выполнением пациентом врачебных назначений. Многие пациенты не придают должного значения своевременному и регулярному приему лекарственных средств, назначенных врачом. Следствием этого, могут быть тяжелые осложнения.

Медицинские сестры должны осуществлять контроль за соблюдением режима лечения пациентом. При контроле назначенных рекомендаций дисциплинированность пациентов значительно увеличивается, о чем говорят

данные исследования.

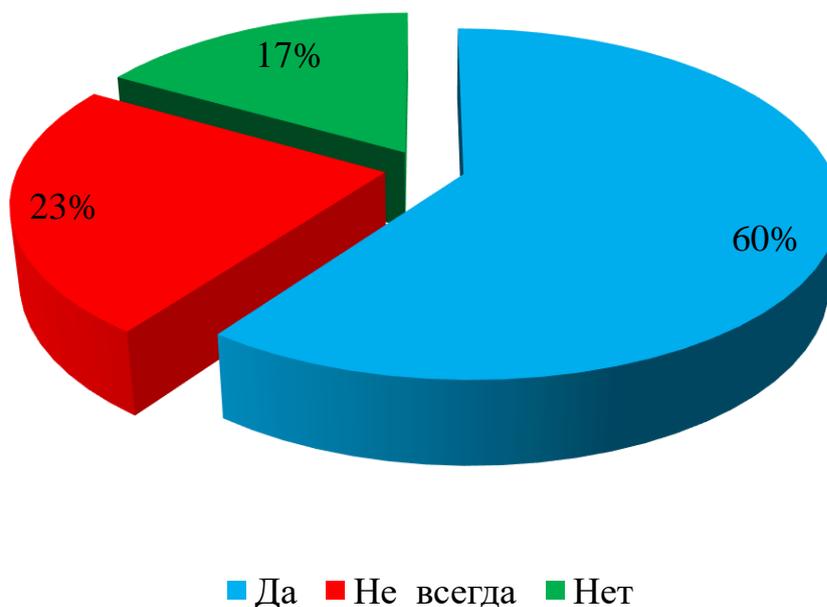


Рис. 9. Соблюдение режима лечения

Среди опрошенных только 60% соблюдают лечебный режим. 17% пациентов не соблюдают, 23% не всегда соблюдают врачебные назначения.

Соблюдение правил личной гигиены имеет огромное профилактическое значение, чтобы не получить инфекционного заболевания почек - пиелонефрита.

Информирование – это компетенция медицинской сестры. Многие пациенты, не смотря на то, что на данный момент времени существует множество источников, страдают от недостатка информации о правилах личной гигиены.

Негативное влияние на знания пациентов, в настоящее время, имеют не компетентные высказывания псевдоцелителей. Многие пациенты испытывают недостаток именно компетентной информации.

Медицинская сестра обязана, объяснить пациентам, а при необходимости их родственникам и близким, как правильно производить туалет наружных половых путей для поддержания личной гигиены, и при необходимости помогать в осуществлении самохода.

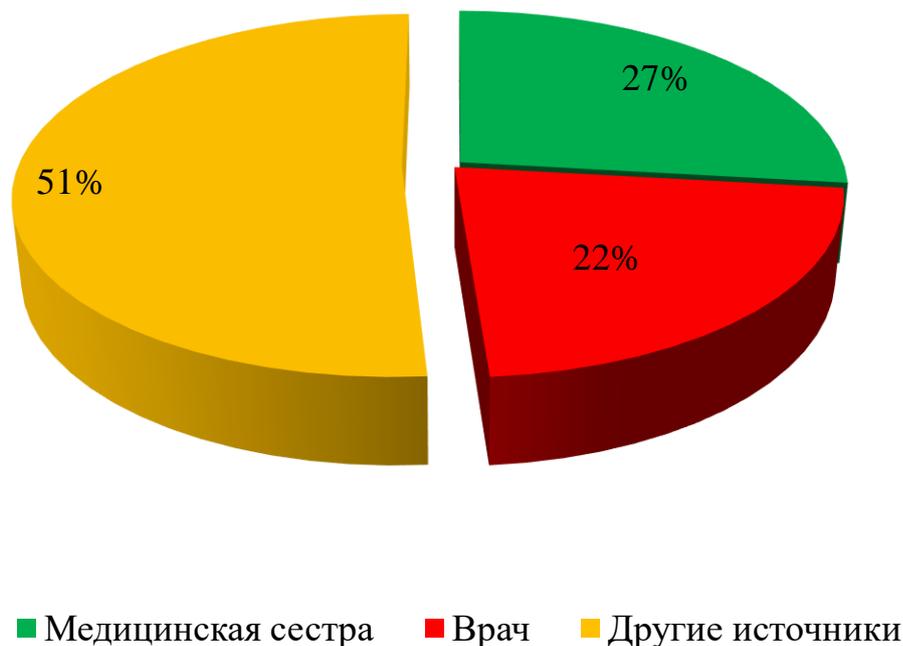


Рис. 10. Источник информирования о правилах личной гигиены

Информацию о правилах личной гигиены почти в равных долях, пациенты получили от врача – 22% и от медицинской сестры – 27%. 51% респондентов, данную информацию получили из других источников.

Ярко выраженный пиелонефрит может стать причиной артериальной гипертензии. Данный воспалительный процесс приводит к тому, что происходит поражение основных структур органа, а именно – сосудов.

Чтобы почки хорошо функционировали, должен быть нормальный уровень давления. Для этого они вырабатывают определенный гормон – ренин. Он регулирует показатель давления, только если все процессы в норме. Из-за снижения кровообращения ренин вырабатывается в большом количестве. Он способен взаимодействовать с другими гормональными веществами, что приводит к сужению сосудов и задержки жидкости в организме. В результате происходит нарушение циркуляции крови, что и приводит к повышению артериального давления.

Повышение артериального давления происходит в период обострений хронического пиелонефрита, или имеет хронический характер.

Медицинская сестра должна объяснить правила измерения артериального давления и научить технике проведения данного мониторинга.

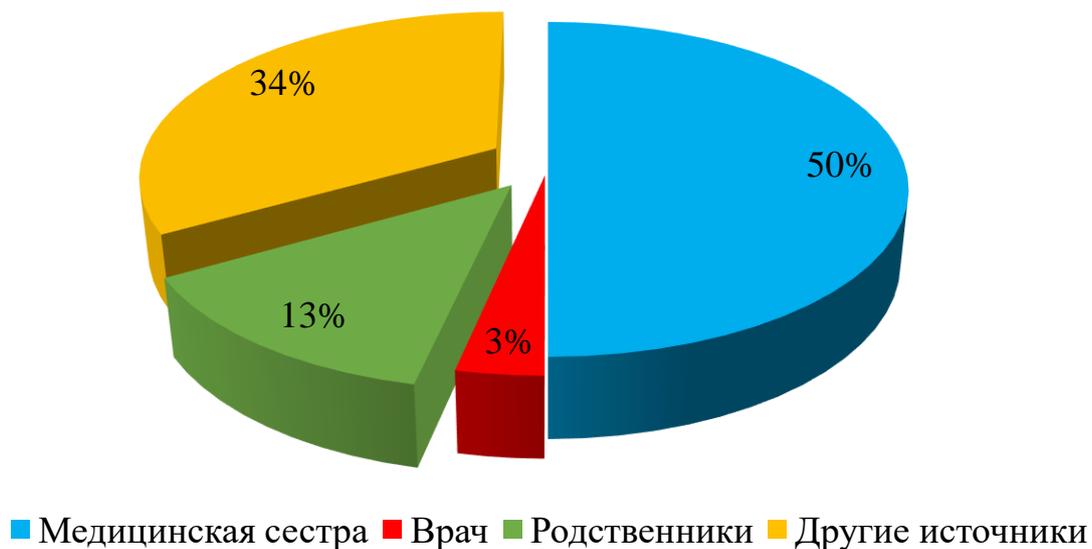


Рис. 11. Обучение технике измерения артериального давления

Ровно половина респондентов, ответили, что технике измерения артериального давления, их обучила медицинская сестра, только 3%, ответили, что врач. Остальные пациенты получили информацию не из компетентных источников.

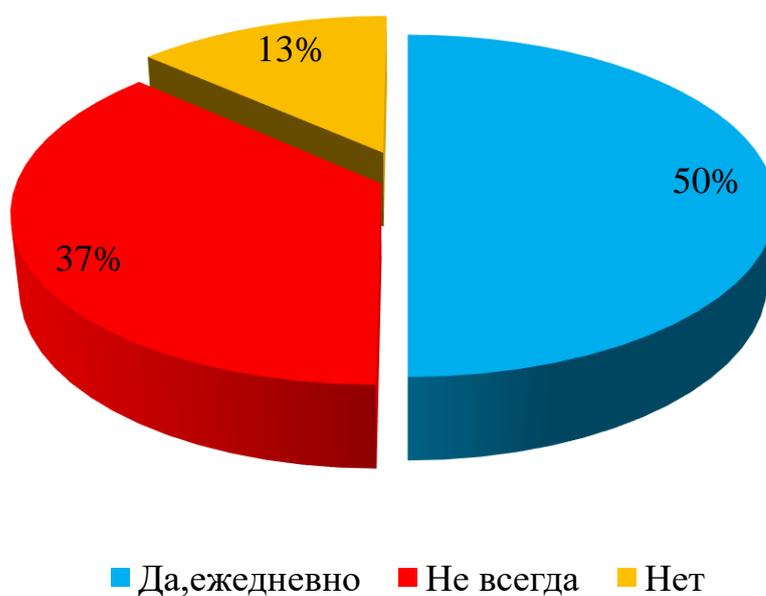


Рис. 12. Контроль артериального давления

Исходя из данных, представленных на диаграмме, полученных в результате анкетирования 13% опрошенных не ведут ежедневный контроль артериального давления. 50% пациентов измеряющих давление каждый день и 37% респондентов не всегда.

Соблюдение ОВД стол №7 является важным компонентом терапии при пиелонефрите. Диета поможет снизить артериальное давление, уменьшить отечность и вывести из организма избыточное количество соли и токсинов.

Пищу необходимо принимать порциями, 5-6 раз в день. Необходимо ограничить употребление соли, а так же количество белков углеводов и жиров.

Так же должно быть ограничено количество потребляемой жидкости. В сутки пациент может выпивать не более литра воды.

Исключаются продукты с содержанием экстрактивных веществ. Эти вещества возбуждающе влияют на органы пищеварения и почки, провоцируют накопление мочевой кислоты в крови. Больше всего этих компонентов содержится в грибах и мясе. Необходимо исключить из рациона продукты щавелевую кислоту, которая содержится, шпинате, ревене, малине, крыжовнике.

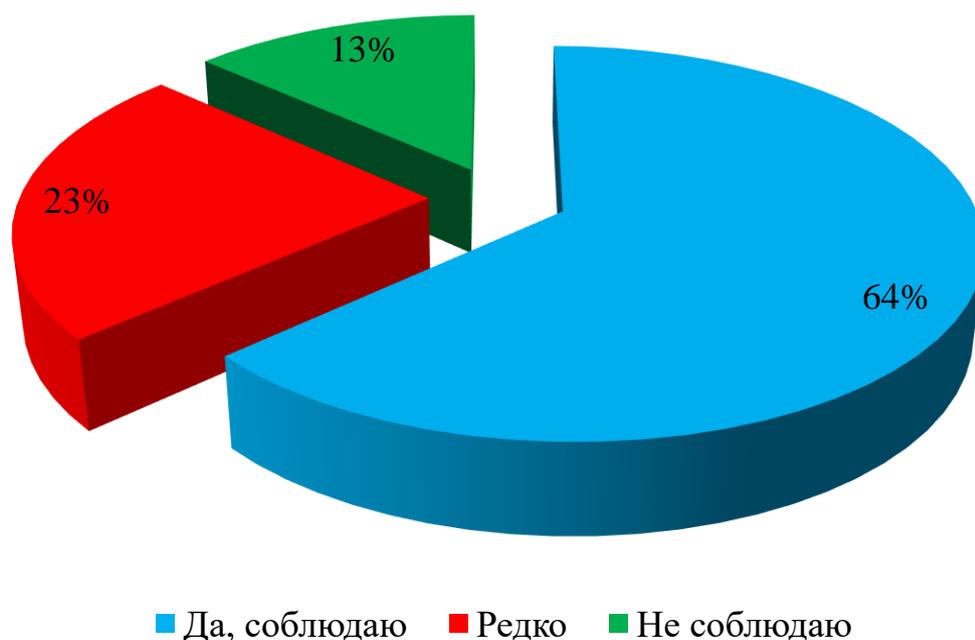


Рис. 13. Соблюдение диеты

Из данных представленных на диаграмме было выяснено, что диету соблюдает большая часть пациентов – 64%. Редко придерживаются рекомендаций врача по питанию 23% опрошенных. 13% респондентов не соблюдают диету.

Частой причиной возникновения хронического пиелонефрита является сильное переохлаждение. Признаками воспаления почек являются: жжение и дискомфорт при мочеиспускании, помутнение мочи с примесью в ней крови, боли в области поясницы, повышение температуры и общая интоксикация организма.

Занятие физической культурой при пиелонефрите должны, строго, дозироваться и контролироваться врачом. Именно он определяет характер и величину физической нагрузки.

В период обострения, двигательная активность резко ограничивается, для нормализации артериального давления, снижения проявлений интоксикации и поддержания общего тонуса пациента назначают строгий постельный или полупостельный режим.

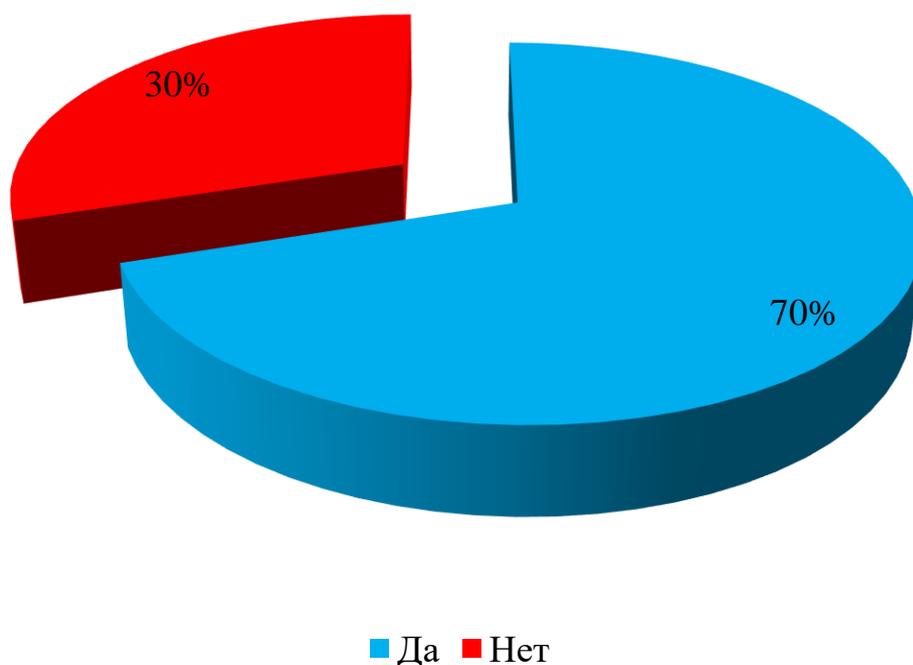


Рис. 14. Соблюдение постельного режима

Из данных, представленных на диаграмме, можно увидеть, что постельный режим соблюдают не все пациенты, а только 70%, в то время как 30% не соблюдают режим, назначенный врачом.

В подостром периоде все упражнения выполняются в положении «лежа», так как, при данной позиции улучшается кровоснабжение почек, при щадящей нагрузке.

Постепенно физическая нагрузка увеличивается. При стабилизации процесса, назначают лечебную физкультуру, основными задачами которой, являются: нормализация артериального давления, повышение общего тонуса, улучшение крово и лимфообращения в пораженном органе (почке), снижение свертывающей активности крови.

Правильно составленный комплекс физической нагрузки может позволить уменьшить воспалительные процессы в почечной ткани, нормализовать и улучшить почечную функцию. Лечебная физическая культура включает в себя общеразвивающие упражнения с умеренной нагрузкой. Так же добавляют ряд специальных упражнений, используя диафрагмальное дыхание и упражнения в расслаблении.

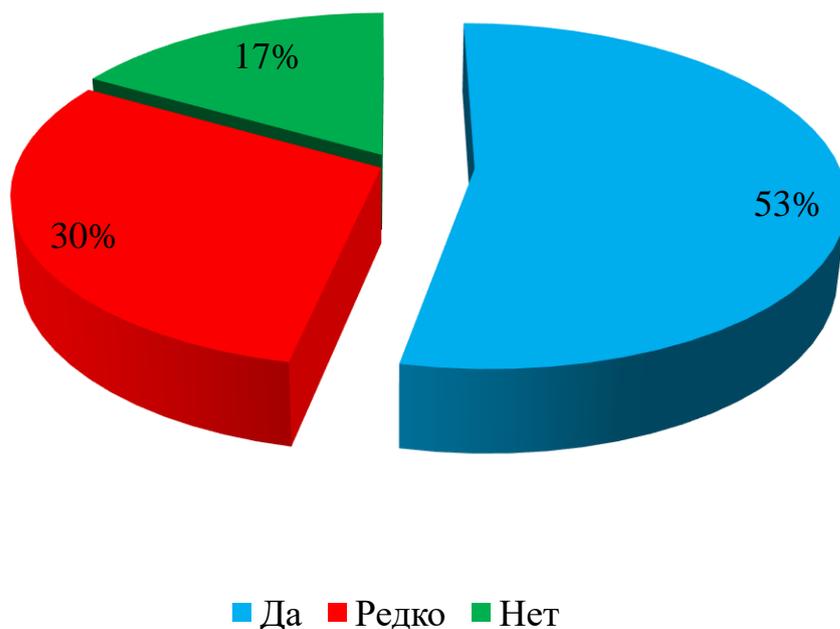


Рис. 15. Соблюдение режима двигательной активности

Из данный опроса, представленных на диаграмме, только 52% опрошенных соблюдают режим двигательной активности. 29% пациентов не всегда придерживаются рекомендаций физической активности, назначенных врачом, а 19 % вовсе не выполняют правила физической нагрузки.

Боль в пояснице один из наиболее часто встречаемых симптомов пиелонефрита. Болевые ощущения локализуются на стороне пораженной почки, а если в процесс вовлечены обе почки, болит вся поясница.

Чаще всего пациенты жалуются на тупую, ноющую боль. Она может возникать в состоянии покоя и усиливаться при физических нагрузках. Иногда боль настолько сильная, что человек вынужден принимать определенную позу для уменьшения ее интенсивности. Медицинская сестра должна это учитывать при дачи рекомендаций. Ведь от этого зависит не только общее состояние пациента, но и эффективность лечения. Медсестра должна учитывать, что боль это не только физическое состояние человека, но и эмоциональное переживание. Под воздействием морального духа и настроения пациента восприятие к боли значительно изменяется.

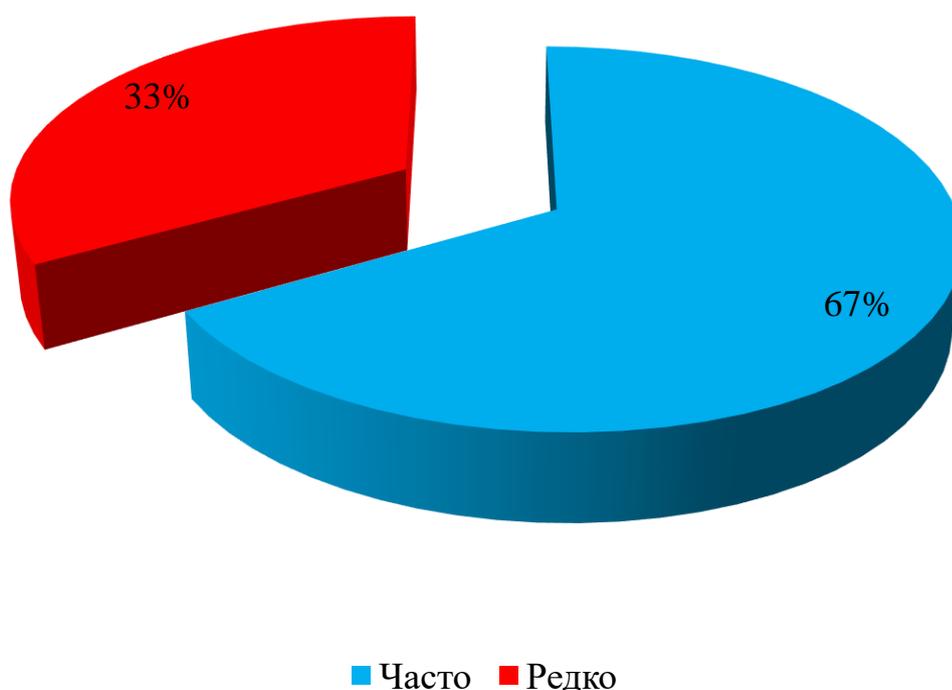


Рис. 16. Наличие боли в поясничной области

Среди опрошенных 67% ответили, что часто испытывают боль в поясничной области. 33% ответили, что боли возникают редко.

При диагностике пиелонефрита очень важно знать, имеются ли в организме пациента патологические нарушения функций почек по выведению вредных веществ. Для этого используют один из методов сбора мочи – проба Зимницкого.

Медицинская сестра должна объяснить правила сбора. Мочу собирают в течение суток. Сбор делится на восемь равных промежутков времени по три часа. Между промежутками могут появиться несколько позывов к мочеиспусканию. Необходимо собирать весь биоматериал. Если мочи много и приготовленной тары не хватает, медицинская сестра обязана предоставить дополнительную емкость.

Медицинская сестра должна заранее подготовить 8 стерильных баночек, на которых должна быть маркировка с фамилией пациента, временем сбора и нумерацией.

Мочу хранят в холодильнике до транспортировки в лабораторию.

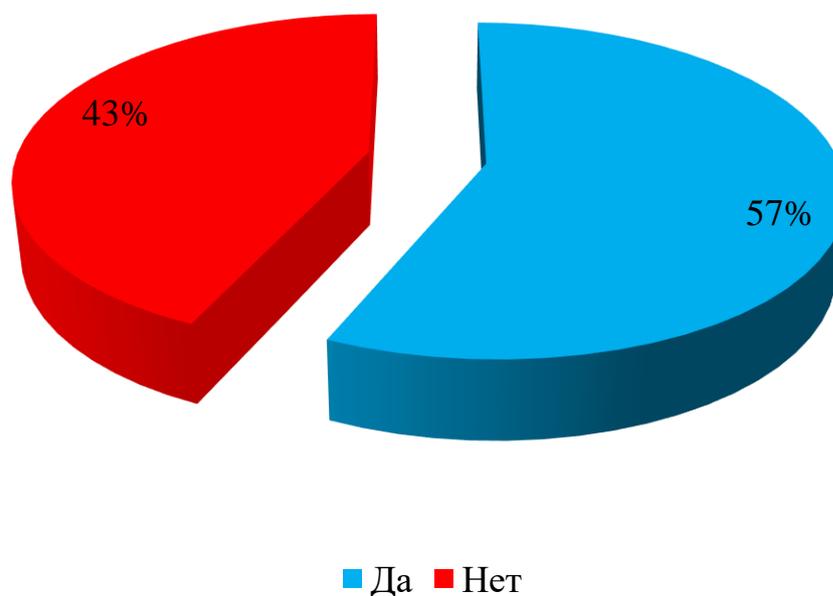


Рис. 17. Контроль суточного диуреза

Из числа опрошенных только 57% пациентов регулярно ведут контроль

суточного диуреза, а остальные 43% респондентов не считают важным соблюдение данного контроля.

Пациент нуждается в постельном режиме в течение 2-3 недель. При боли, лихорадке или слабости, постельный режим для человека кажется закономерным, но при стихании или отсутствии симптомов заставить пациента соблюдать постельный режим очень трудно.

Медицинская сестра должна проводить беседы, в которых необходимо донести до пациентов, что в горизонтальном положении почки работают лучше, им необходимы тепло и минимальная нагрузка.

Палата, где лежит пациент, должна быть оснащена санитарным узлом или находиться рядом с ним. Так же в ночное время можно предложить пользоваться судном во избежание переохлаждения

Комната должна быть теплой. Проветривать комнату необходимо в отсутствие пациента, либо, тепло укрыв его. Пациенту необходимо объяснить, что важно одеваться по погоде. При переохлаждении, особенно ног, может участиться мочеиспускание.

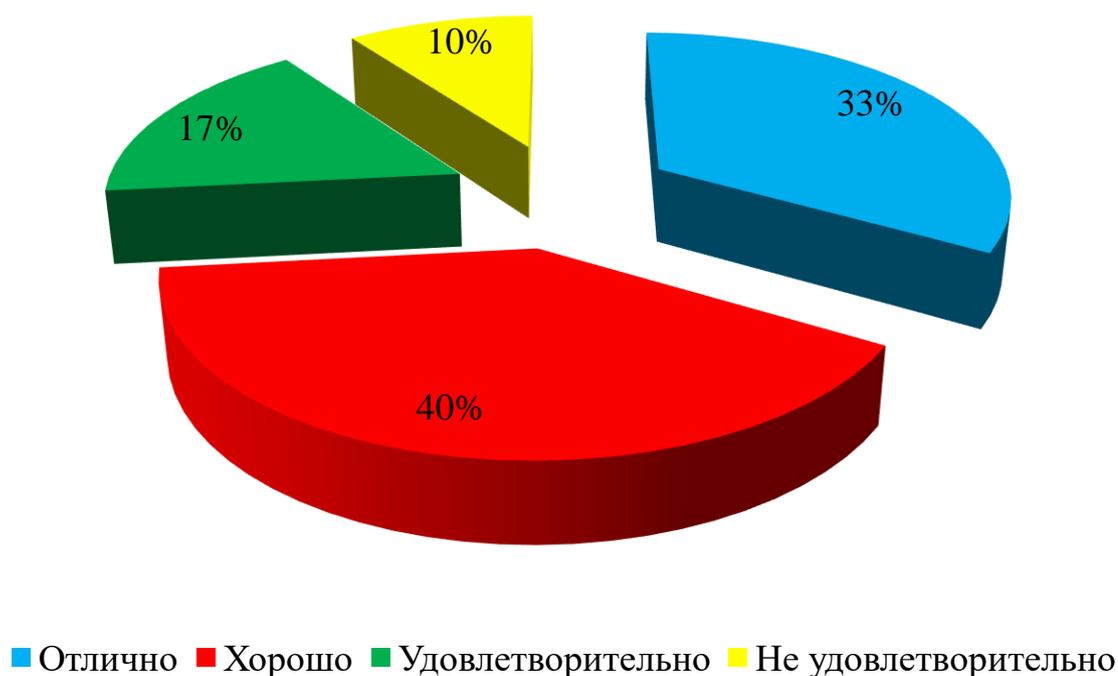


Рис. 18. Оценка деятельности медицинской сестры

Исходя из данных, полученных при исследовании (Рис. 18), следует сделать вывод, что 73% респондентов оценивают деятельность медицинской сестры на «хорошо» и «отлично».

Деятельность медицинской сестры при хроническом пиелонефрите нельзя переоценить. Она принимает активное участие в уходе, обучении пациента и его окружения, информировании пациента и его родственников. При хроническом пиелонефрите, медицинская сестра, становится союзником врача, другом пациента и врагом болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя данные проведенного исследования, мы сделали следующие

ВЫВОДЫ:

1. Женщины болеют хроническим пиелонефритом чаще, чем мужчины.
2. Урологические заболевания в анамнезе встречаются только у 37% пациентов. 54% переносили острые инфекционные заболевания, а 50% пациентов связывают свое заболевание с переохлаждением.
3. С проблемами мочеиспускания сталкивались 60% опрошенных. У 87% пациентов наблюдается никтурия.
4. Отеки возникают у 53% пациентов, у 40% они возникают редко и только у 7% их не бывает.
5. Только 60% пациентов соблюдают лечебный режим.
6. Информацию о личной гигиене 49% пациентов получают от медицинских работников.
7. Половину респондентов обучала медицинская сестра измерению артериального давления. Осуществляет контроль только половина.
8. Придерживаются рекомендаций врача по питанию 64% пациентов.
9. Не все пациенты соблюдают постельный режим, только 70%. Из них соблюдают режим двигательной активности 52%.
10. Боль в поясничной области испытывают 67% опрошенных.
11. Не считают важным вести контроль суточного диуреза 43%.
12. Оцениваю работу медицинской сестры на «хорошо» и «отлично» 73% пациентов.

На основе сделанных выводов, можно сформировать следующие **рекомендации:**

1. Необходимо информировать пациентов о своевременности лечения острых инфекционных заболеваний.
2. Информировать о важности соблюдения диеты.

3. Проводить беседы о необходимости контроля артериального давления.
4. Объяснить роль соблюдения постельного режима.
5. Информировать о необходимости контроля суточного диуреза.
6. Рекомендовать соблюдения режима двигательной активности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амлаева, К.Р. Общие и частные вопросы медицинско профилактики [Текст] учебник / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с.
2. Борисов, В.В. Хронический пиелонефрит [Текст] учебник / В.В. Борисов, Н.Б. Гордовская - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 152 с.
3. Борисов, В.В. Мочекаменная болезнь [Текст] учебник / В.В. Борисов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 542 с.
4. Двойников, С.И. Организация сестринской деятельности [Текст] учебник / под ред. С.И. Двойникова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 528 с.
5. Лопаткин, Н.А. Урология. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Н. А. Лопаткина. - 2-е изд., перераб.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 416 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428597.htm>
6. Моисеев, В.С. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 960 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425794.html>
7. Мухин, Н.А. Нефрология [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 720 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411742.html>
8. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учебник / Мухин Н.А., Моисеев В.С. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html>
9. Нечаев, В.М. Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс]: учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 523 с. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440131.html>

10. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при заболеваниях мочевыводящей системы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Сединкина Р.Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421628.html>

11. Чучалин, А.Г. Клиническая диагностика [Текст]: учебник / Чучалин А.Г., Бобков Е.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 231 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

1. Ваш возраст

- А. 18-25.
- Б. 26-45.
- В. 46-60.
- Г. 61 и более.

2. Ваш пол

- А. Мужской.
- Б. Женский.

3. Болели ли вы урологическими заболеваниями

- А. Да
- Б. Нет

4. Болели ли вы острыми инфекционными заболеваниями

- А. Да
- Б. Нет

5. С чем вы связываете свое заболевание.

- А. Переохлаждение
- Б. Инфекция
- В. Не с чем не связываю

6. Наблюдаются ли у вас проблемы с мочеиспусканием

- А. Часто
- Б. Редко
- В. Никогда

7. Преобладает ли у Вас ночной диурез над дневным.

- А. Да
- Б. Нет

8. Возникают ли у вас отеки

- А. Да возникают
- Б. Да, но редко
- В. Иногда
- Г. Не возникают

9. Принимаете ли Вы препараты, назначенные врачом.
- А. Да
 - Б. Не всегда
 - В. Нет
10. Кто Вас информировал о правилах личной гигиены
- А. Медицинская сестра
 - Б. Врач
 - В. Другие источники
11. Кто вас обучал техники измерения артериального давления.
- А. Медицинская сестра
 - Б. Врач
 - В. Родственники
 - Г. Другие источники
12. Ведете ли вы ежедневно контроль артериального давления
- А. Да, ежедневно
 - Б. Не всегда
 - В. Нет
13. Соблюдаете ли вы диету назначенную врачом.
- А. Да, соблюдаю
 - Б. Редко
 - В. Не соблюдаю
14. Соблюдали ли вы постельный режим
- А. Да
 - Б. Нет
15. Соблюдаете ли вы режим двигательной активности
- А. Да
 - Б. Редко
 - В. Нет
16. Бывают ли у вас боли в поясничной области
- А. Да
 - Б. Нет
17. Ведете ли вы контроль суточного диуреза

- А. Да
- Б. Нет

18. Как вы оцениваете деятельность медицинской сестры

- А. Отлично
- Б. Хорошо
- В. Удовлетворительно
- Г. Не удовлетворительно