

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

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Семеновой Виктории Анатольевны**

Научный руководитель:
преподаватель
Бахристова Т.В.

Рецензент:
врач общей практики ОГКУЗ особого
типа «Областной центр медицинской
профилактики»
Витонене Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	5
1.1 Сущность, классификация, причины пиелонефрита	5
1.2. Диагностика и лечение пиелонефрита	10
1.3. План и реализация сестринского процесса при пиелонефрите	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА	22
2.1 Методика исследования	23
2.2 Результаты собственного исследования.....	23
2.3 Рекомендации.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Пиелонефрит – это неспецифическое инфекционное заболевание почек, вызываемое различными бактериями. Острая форма заболевания проявляется повышением температуры, симптомами интоксикации и болями в поясничной области.

Хронический пиелонефрит может протекать бессимптомно или сопровождаться слабостью, нарушением аппетита, учащением мочеиспускания и неинтенсивными болями в пояснице. Пациенты, страдающие острым и хроническим пиелонефритом, составляют около 2/3 всех урологических больных.

Пиелонефритом болеют преимущественно женщины (в 4–5 раз чаще, чем мужчины). У мужчин развитие пиелонефрита обычно связано с обструктивными процессами (чаще с аденомой или раком предстательной железы) и наблюдается после 40–50 лет; у мальчиков и молодых мужчин пиелонефрит довольно редок. Повышенный риск развития пиелонефрита почек отмечается у детей, не достигших 6 лет, что объясняется особенностями строения мочевыводящих путей и не до конца сформированной иммунной системой. Также в группу риска входят мужчины старше 60 лет, страдающие простатитом, уретритом или аденомой предстательной железы.

Распространенность острого пиелонефрита может составлять от 0,9 до 1,3 млн. случаев в год. Примерно у ¼ пациентов, перенесших острый пиелонефрит, пиелонефрит переходит в хроническую форму. Считается, что среди взрослого населения в разных странах пиелонефриты встречаются от 2% до 5%. Однако, по данным патологоанатомической статистики, пиелонефриты обнаруживаются у 20% всех умерших, но только у 15–30% из них диагноз устанавливался прижизненно [13, с. 8].

Таким образом, в связи с постоянным ростом данного заболевания, а также недостатком научной литературы по вопросу сестринского ухода при пиелонефрите данное исследование представляет собой особую актуальность.

Цель исследования: выпускной квалификационной работы является определение значения сестринской деятельности в решении проблем пациентов с пиелонефритами.

Задачи исследования:

1. Определить сущность, классификацию, причины пиелонефрита.
2. Рассмотреть диагностику и лечение пиелонефрита.
3. Сформировать план и реализацию сестринского процесса при пиелонефрите.
4. Провести эмпирическое исследование особенностей сестринского ухода при пиелонефрите на примере больницы и сделать вывод.

Объект исследования: являются пациенты нефрологического отделения.

Предмет исследования: выступают особенности сестринского ухода при пиелонефрите.

Методы исследования:

- научно-теоретический (анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости);
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологический: анкетирование, интервьюирование;
- биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
- психодиагностический (беседа);
- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
- статистический - обработка информационного материала.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

Время исследования: 2018-2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

1.1 Сущность, классификация, причины пиелонефрита

Пиелонефрит – это одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний почек, сопровождающееся развитием воспалительного процесса в лоханке, чашечках или паренхиме органа. Оно может возникнуть самостоятельно или как сопутствующее осложнение на фоне других патологий (нефролитиаз, гломерулонефрит) [10, с. 12].

Пиелонефрит представляет собой самое распространенное заболевание почек. Для него характерен воспалительный процесс вследствие проникновения инфекции. Чаще всего причиной пиелонефрита выступают кишечная и синегнойная палочки, бактерии протей, энтерококки и стафилококки. Но также инфицирование почек может произойти и вследствие других проникающих из уретры бактерии. Более того, каждое пятое заболевание развивается на фоне смешанной инфекции.

Возбудителями инфекции чаще всего оказываются патогенные или условно-патогенные грамотрицательные микроорганизмы, которые могут попасть в почки различными путями: восходящим уриногенным – с обратным током мочи; гематогенным (посредством инфицированной крови); через лимфу из очагов воспаления в кишечнике или других соседних органах. Если два последних способа не требуют объяснения – кровь и лимфа переносят инфекцию, которая присутствует в организме при воспалительных процессах в разных органах, то на обратном ходе мочи стоит остановиться более детально. Инфекция очень часто проникает в почки с инфицированной мочой. Такой патологический процесс свидетельствует о наличии заболевания рефлюкса. Для него характерным считается заброс мочи в обратном направлении [8, с. 25].

Частота заболеваемости составляет порядка 1% среди взрослых и 0.5% среди детей. Более чем в половине клинических случаев, пиелонефрит почек выявляется у женщин молодого, а также среднего возраста. Примерно в 20% случаев у пациентов с пиелонефритом обнаруживается смешанная патогенная микрофлора, а не один определенный возбудитель. При длительном течении заболевания бывают случаи присоединения грибковой инфекции [6, с. 8].

Основной причиной развития пиелонефрита является появление в почках потенциальных возбудителей инфекционных заболеваний. Это могут быть микроорганизмы, постоянно обитающие в организме или попадающие извне. Для развития пиелонефрита необходимы причины, способствующие размножению и активной жизнедеятельности в почках патогенной микрофлоры. К ним относятся следующие состояния: нарушение уродинамики вследствие нефроптоза, дистопии почки, наличия камней в органах мочевыделительной системы и других факторов; гиповитаминоз; снижение иммунитета; переохлаждение; патологии эндокринной системы (например, сахарный диабет); частые нервные стрессы; хронические воспалительные заболевания; слабость, переутомление, врожденные аномалии развития мочеполовой системы и почек [10, с. 48].

Вместе с тем, среди причин, вызывающих пиелонефрит, нужно отметить: повторное диагностирование болезни; застой в мочевых путях; последствия неправильного лечения цистита; наличие разных воспалительных процессов в организме; сахарный диабет; патологии снижающие иммуннозащитные функции – инфекционные заболевания, ВИЧ, гиповитаминоз и др.; травмы почек и мочевого пузыря; наличие послеоперационных мочеприемников или катетеров; врожденные аномалии мочевыводящей системы; поликистоз; беременность; гормональные сбои; прием химио- и лучевой терапии.

Спровоцировать болезнь могут также: камни в почках; глистная инвазия; колиты, запоры; воспаление половых органов; несоблюдение правил личной гигиены. Источником микробов, способных стать причиной болезни, являются и различные хронические инфекции в организме: гайморит; кариес; аденоиды;

тонзиллит; пневмония и т. д. При наличии таких воспалительных очагов страдает иммунная система, что может привести к обострению пиелонефрита. Поэтому так важно следить за своим здоровьем и ликвидировать любые инфекционные процессы в начальной их стадии.

Существует три способа проникновения инфекции в почки [7, с. 18]:

1. Гематогенный. Инфекционные агенты попадают в почки с кровью, когда в организме имеются очаги острого или хронического воспаления. Например, гайморит, тонзиллит, фурункулез, остеомиелит, грипп, ангина и др.

2. Лимфогенный. Патогенные микроорганизмы попадают в почку из ближайших пораженных инфекцией органов (кишечник, половые органы и др.) с током лимфы.

3. Уриногенный. Возбудитель попадает в орган из нижних отделов мочевой системы – мочевого пузыря или мочеточников. Такой механизм инфицирования реализуется при наличии у пациента пузырно-мочеточникового рефлюкса (обратного поступления мочи из мочевого пузыря в мочеточники). Среди наиболее часто обнаруживаемых при бактериальном посеве мочи возбудителей пиелонефрита присутствуют следующие микроорганизмы: кишечная палочка; энтерококки; паракишечная палочка; синегнойная палочка; протеи; стрептококки; клебсиелла; стафилококки.

Различают определенные фазы протекания заболевания [1, с. 47]:

– Активная. В этот период пациент ощущает боли в области поясницы, наблюдается частое и болезненное мочеиспускание, возможны отеки и повышение температуры. Анализы показывают наличие воспалительного процесса в организме;

– Латентная. При отсутствии жалоб отмечается повышение лейкоцитов в моче, что свидетельствует о наличии проблемы;

– Ремиссия. Отсутствие жалоб, анализы в норме.

В медицинской практике существует несколько принципов классификации заболевания.

Различают следующие формы пиелонефрита [4, с. 13]:

1. Первичный. Он наблюдается у детей, которые имеют нормальное анатомическое строение мочеполовой системы. Иные заболевания, которые могли бы спровоцировать застой мочи, отсутствуют.

2. Вторичный. Заболевание возникает при наличии аномалий в развитии мочеполовой системы. Это могут быть нарушения в строении почек, мочеточников, мочевого пузыря. Болезнь может вызвать иное заболевание, которое провоцирует застой мочи. Например, сахарный диабет или мочекаменная болезнь. Пиелонефрит в данном случае становится вторичным заболеванием.

По локализации воспалительного процесса выделяют односторонний и двусторонний пиелонефрит. С учетом этиологических факторов бывает первичная (при отсутствии каких-либо патологий почек и нарушений уродинамики) и вторичная форма заболевания.

В зависимости от наличия нарушений проходимости мочевыводящих путей заболевание почек пиелонефрит может быть обструктивным и необструктивным.

Наиболее часто применяется классификация пиелонефрита по характеру течения. По течению заболевания различают острый воспалительный процесс, который может длиться до 6 месяцев, и хронический, длительностью свыше полугода.

Острый пиелонефрит может протекать в двух вариантах – серозный и гнойный. При этом воспалительный процесс локализуется главным образом в интерстициальной ткани. При серозном пиелонефрите орган увеличивается в размерах и приобретает темно-красную окраску. В интерстициальной ткани образуются множественные инфильтраты, чередующиеся со здоровой почечной тканью. Наблюдается отек межуточной ткани, сопровождающийся сдавливанием почечных канальцев. В некоторых случаях отмечается также воспаление и отек околопочечной жировой клетчатки. При своевременном и адекватном лечении наблюдается обратное развитие заболевания.

В тяжелых случаях серозный пиелонефрит может переходить в гнойный. Гнойный пиелонефрит характеризуется наличием в интерстициальной ткани большого количества гнойничков различных размеров. Мелкие гнойнички могут соединяться вместе, образуя карбункул – крупный гнойник [17, с. 53].

При самопроизвольном вскрытии гнойников гной попадает в лоханку почки и выводится вместе с мочой. При выздоровлении на месте гнойников образуется соединительная ткань, образуя рубцы.

Степень вовлечения в воспалительный процесс тех или иных участков органа зависит от пути инфицирования. При уриногенном пути наблюдаются более выраженные изменения в лоханках и чашке, а при гематогенном пути заражения в первую очередь поражается корковое вещество [5, с. 37].

Хронический пиелонефрит почек чаще всего является результатом недолеченной острой формы заболевания. Воспалительный процесс охватывает отдельные участки почки в нижнем или верхнем полюсе. Течение хронического пиелонефрита характеризуется сменой периодов ремиссии и обострений. При каждом обострении в воспалительный процесс вовлекаются новые участки почечной ткани. При прогрессировании заболевания отмечается нарушение функции клубочков и канальцев, что чревато развитием почечной недостаточности [20, с. 112].

На фоне хронического пиелонефрита часто отмечается развитие нефрогенной артериальной гипертензии. На последней стадии болезни у пациентов наблюдается картина сморщенной почки, образование рубцов и замена канальцев соединительной тканью. Прогноз заболевания зависит от его длительности, активности воспалительного процесса и количества обострений.

Таким образом, суть этой патологии состоит в проникновении в мочевыводящие пути и ткани почек инфекции. При этом возбудителем пиелонефрита выступают бактерии, которые способны провоцировать воспалительные процессы в любых органах. Их наличие и вызывает симптомы заболевания и приводит к частому мочеиспусканию как к одному из главных признаков поражения почек. Вместе с тем, появлению и развитию

пиелонефрита способствуют: частые простуды и инфекционные болезни; ангина; скарлатина; хронический тонзиллит; несоблюдение личной гигиены; нарушение выведение мочи, пузырно-мочеточниковый рефлюкс; мочекаменная болезнь; венерические заболевания; бесконтрольный прием антибиотиков; сахарный диабет.

1.2. Диагностика и лечение пиелонефрита

Симптомы пиелонефрита могут варьироваться в зависимости от возраста человека. Могут включать в себя следующее: недомогание; лихорадка и / или озноб, особенно в случае острого пиелонефрита; тошнота и рвота; боли в боку под нижними ребрами, в спине, иррадиирующая в подвздошную ямку и надлобковую область; спутанность сознания; частое, болезненное мочеиспускание; кровь в моче (гематурия); мутная моча с резким запахом.

Пиелонефриту часто сопутствуют дизурические нарушения, проявляющиеся в виде частого или болезненного мочеиспускания, отделения мочи небольшими порциями, преобладания ночного диуреза над дневным.

Симптомы острой формы пиелонефрита почек могут сопровождаться высокой температурой, ознобами. У пациентов отмечается усиленное потоотделение [21, с. 32].

На 3-5 сутки проявления заболевания при ощупывании можно определить, что пораженная почка находится в увеличенном состоянии, кроме того, она все также болезненна. Также к третьим суткам обнаруживается гной в моче (что обозначается медицинским термином пиурия). Появлению озноба и температуры сопутствует головная боль, боль в суставах. Параллельно с этими симптомами отмечается нарастание болевых ощущений в области поясницы, в основном эта боль все также проявляется с той стороны, с которой поражена почка [24, с. 3].

Симптомы хронической формы заболевания почек весьма условны и течение не имеет ярко выраженных признаков. Нередко воспалительный процесс в быту воспринимается как респираторная инфекция: мышечная слабость и головная боль; фебрильная температура.

Однако помимо этих характерных признаков заболевания, у больного наблюдается частое мочеиспускание, с появлением неприятного запаха мочи. В области поясницы человек ощущает постоянную ноющую боль, испытывает желание часто мочиться.

Поздними общими симптомами хронического пиелонефрита являются: сухость слизистой оболочки полости рта (сначала незначительная и непостоянная); неприятные ощущения в надпочечной области; изжога; отрыжка; психологическая пассивность; одутловатость лица; бледность кожных покровов.

В медицинской практике чаще симптомы пиелонефрита отмечаются у женщин. Заболевание в этом случае выступает осложнением цистита, развивается в период беременности или после начала половой жизни. Физиологические особенности уретры, которая у женщин несколько короче, объясняют также большую распространенность пиелонефрита в раннем возрасте именно у девочек. Диагностирование болезни у мужчин имеет свои особенности. К пиелонефриту склонны пациенты более взрослого возраста. Симптомы обычно проявляются на фоне простатита, мочекаменной болезни или аденомы простаты.

Диагностика пиелонефрита — совокупность различных исследований, позволяющих специалисту верно распознать болезнь. Полученные сведения позволяют назначить соответствующее лечение, что впоследствии станет залогом благоприятного исхода воспалительного процесса в почках [25, с. 84].

Диагностика включает в себя [2, с. 116]:

– Выслушивание жалоб пациента, исследование его медицинской карты на предмет обнаружения перенесенных инфекционных заболеваний, наличие хронических недугов, способствующих развитию болезней почек.

Осмотр пациента дает возможность найти внешние признаки заболевания: отечность лица, век, бледность кожных покровов, боль в поясничной области и положительная реакция симптома Пастернацкого.

В первую очередь, специалисту необходимо установить время начала заболевания. Исходя из этой информации, врач может предположить форму пиелонефрита — острый или обострение хронического. Кроме того, врач осматривает пациента с целью выявления возможного источника инфекции. Нельзя оставлять без внимания: увеличенные небные миндалины с гнойными пробками; кариозные зубы; нарушение носового дыхания при хроническом воспалении глоточных миндалин (аденоидов) или придаточных пазух носа; покраснение и отёк в области костей и суставов; локальное покраснение кожи, указывающее на воспаление подкожной жировой клетчатки (флегмону); увеличение размеров предстательной железы, указывающее на наличие препятствия для оттока мочи (аденомы простаты).

Специалист в обязательном порядке осматривает поясничную область — место расположения почек. Поколачивание в этой зоне при пиелонефрите вызывает резкую болезненность. Ощупывание живота (пальпация) помогает врачу исключить более серьёзные болезни, требующие немедленного оперативного лечения — прободную язву желудка, воспаление брюшины (перитонит), нарушенную внематочную беременность, воспаление червеобразного отростка (аппендицит). Увеличение размеров мочевого пузыря, выявленное методом постукивания по передней стенке живота, поможет врачу предположить наличие большого количества остаточной мочи при аденоме простаты [15, с. 26].

– Сдача анализа общего анализа крови (таблица 1) [11, с. 56], биохимического анализа крови (таблица 2) [11, с. 59], сдача анализов мочи (таблицы 3-4) [11, с. 63-64]. Это позволит обнаружить белок и повышение элементов крови, свидетельствующих о наличии заболевания, и подобрать правильно антибиотики. К сожалению, в настоящее время многие штаммы

вирусов невосприимчивы к распространенным средствам, это происходит в результате бесконтрольного приема антибиотиков.

Таблица 1

Показатели общего анализа крови в норме и при пиелонефрите

Показатель	Норма	Воспалительный процесс в почках
Общее количество лейкоцитов	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5–9 x 10⁹ в литре для взрослых; ▪ 7–11 x 10⁹ в литре для детей. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ выше 9 x 10⁹ в литре для взрослых; ▪ выше 11 x 10⁹ в литре для детей.
Количество молодых форм лейкоцитов	2–6% от всех белых клеток	Более 6% от всех белых клеток крови
Скорость оседания эритроцитов	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1–10 мм/час для мужчин; ▪ 2–15 мм/час для женщин. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ более 10 мм/час для мужчин; ▪ более 15 мм/час для женщин.

При общем клиническом анализе крови: в периферической крови появляются все признаки воспалительного процесса, увеличивается скорость оседания эритроцитов и значительно возрастает количество лейкоцитов в поле зрения.

Таблица 2

Показатели биохимического анализа крови в норме и при пиелонефрите

Показатель	Норма	Нарушение функции почек при воспалительном процессе
Уровень креатинина	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 42–97 микромоль в литре для женщин; ▪ 62–124 микромоль в литре для мужчин. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ выше 97 микромоль в литре для женщин; ▪ выше 124 микромоль в литре для мужчин.
Уровень мочевины	2,5–8,3 ммоль в литре	Более 8,3 ммоль в литре
Уровень калия	3,35–5,35 ммоль в литре	Более 5,35 ммоль в литре

Лабораторные анализы мочи помогут врачу выяснить много деталей пиелонефрита — степень выраженности воспаления, вид возбудителя, способность почек осуществлять свою работу.

Таблица 3

Показатели общего анализа мочи в норме и при пиелонефрите

Показатель	Норма	Воспалительный процесс в почках
Общее количество лейкоцитов	Не более 1–2 лейкоцитов в поле зрения	Более 2 лейкоцитов в поле зрения
Удельный вес	1012–1025 единиц	Более 1025 единиц
Прозрачность	Прозрачная	Мутная
Бактерии	Отсутствуют	Присутствуют
Цилиндры	Отсутствуют	Присутствуют

Таблица 4

Показатели специфических анализов мочи в норме и при пиелонефрите

Показатель	Норма	Воспалительный процесс в почках
Количество лейкоцитов и цилиндров в 1 миллилитре мочи (по Нечипоренко)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ не более 2000 лейкоцитов; ▪ не более 20 цилиндров. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ более 2000 лейкоцитов; ▪ более 20 цилиндров.
Количество лейкоцитов и цилиндров, выделяемых с мочой за 1 минуту (по Амбурже)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ не более 2000 лейкоцитов; ▪ не более 20 цилиндров. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ более 2000 лейкоцитов; ▪ более 20 цилиндров.
Количество лейкоцитов и цилиндров, выделяемых с мочой за 1 сутки (по Аддис-Каковскому)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ не более 2 миллионов лейкоцитов; ▪ не более 20000 цилиндров. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ более 2 миллионов лейкоцитов; ▪ более 20000 цилиндров.

При посеве мочевого осадка на предметное стекло обнаруживается увеличение количества лейкоцитов и бактерий в поле зрения. Моча в норме должна иметь кислый характер, при инфекционной патологии она становится щелочной.

Отметим лабораторные показатели, свидетельствующие о наличии патологии: в анализе крови определяется повышение лейкоцитов со сдвигом формулы влево, ускоренное СОЭ; моча мутная со слизью и хлопьями, иногда имеет неприятный запах. В ней обнаруживают небольшое количество белка. Значительное число лейкоцитов и единичные эритроциты; в посевах мочи определяется истинная бактериурия – количество микробных тел в миллилитре мочи >100 тыс.; проба по Нечипоренко выявляет преобладание лейкоцитов в

средней порции мочи над эритроцитами; при хроническом процессе наблюдаются изменения в биохимических анализах: повышение креатинина и мочевины [16, с. 12].

– Применяются и инструментальные методы исследования. К ним относят УЗИ, радиоизотопную ренографию, компьютерную томографию, в некоторых случаях, когда диагностика затруднена, назначается биопсия почек. Например, с помощью ультразвукового метода врач может заподозрить аномальное анатомическое строение почек и мочевыводящих путей: подковообразную почку; удвоение органа; патологическую подвижность почек; удвоение чашечно-лоханочной системы. Компьютерная и магнитно-резонансная томография — самые современные методы диагностики пиелонефрита. С их помощью можно наиболее точно изучить анатомические особенности не только самих почек, но также их сосудистой системы и окружающих органов [18, с. 30]. С помощью этих методов диагностируются камни, аномалии строения, особенности кровотока и определяется способность почек фильтровать кровь.

Чтобы определить бактерию-возбудителя болезни, необходимо провести ряд лабораторных исследований крови и мочи пациента. Это даст возможность не только правильно диагностировать болезнь, но и определить восприимчивость инфекции к антибиотику. Лишь в этом случае можно назначить лечение, которое быстро окажет необходимое исцеляющее действие. В зависимости от типа бактерии, способа инфицирования будет проводиться курс терапии. Очень часто для полной картины пиелонефрита необходимо проведение УЗИ почек, что поможет изучить их состояние более детально.

Во всех случаях обязательна консультация терапевта и уролога. Очень важно во избежание негативных последствий вовремя диагностировать заболевание и произвести эффективное лечение.

Лечение пиелонефрита будет зависеть от формы заболевания – острой или хронической – и от тяжести ее протекания. Но также при назначении лекарств будут учитываться результаты лабораторных анализов,

которые подскажут правильное действие препаратов на определенные виды бактерий.

Легкие формы пиелонефрита требуют лечения противомикробными лекарствами, которые действуют исключительно на мочеполовую систему – уросептиками. Очень важно включить в терапию — антибиотики и спазмолитики. Обязательным составляющим лечебного курса должны стать медикаменты, укрепляющие иммунитет, противовоспалительные и мочегонные средства [14, с. 178].

Среди антибиотиков наиболее эффективным считается лечение препаратами цефалоспоринового (Цефтриаксон) и фторхинолонового (Офлоксин, Озерлик) ряда. Из уросептиков обычно применяют Фурадонин, Палин и Нитроксолин.

Для лечения пиелонефрита используются следующие группы препаратов [9, с. 55]:

1. К основной группе относятся пенициллины. Они обладают низким уровнем токсичности и для почек практически безопасны. Но при этом имеют широкий спектр действия. При определении симптомов и лечении пиелонефрита могут применяться и другие антибиотики, это зависит от чувствительности бактерий и вирусов к лекарственным препаратам.

При лечении антибиотиками важно понимать, что режим дозирования и период лечения соблюдается предельно строго. Курс необходимо пройти полностью, даже если состояние пациента улучшилось гораздо раньше его окончания.

2. В лечении применяются и иные препараты, которые позволяют снять воспаление, - парацетамол, мовалис.

3. Применяются мочегонные средства, а также препараты для улучшения тока крови в почках, например, гепарин.

4. Назначаются в обязательном порядке поливитаминовые комплексы, общеукрепляющие средства.

5. Адаптогены.

Длительность лекарственного курса составляет 14 дней, помимо него могут быть назначены физиотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение. Как дополнение к основному лечению могут применяться средства народной медицины, но только по согласованию с врачом [19, с. 67].

При вторичном пиелонефрите важно ликвидировать причину этого заболевания, то есть лечение направлено на устранение недуга, который спровоцировал появление пиелонефрита – сахарного диабета, инфекционного заболевания, гиповитаминоза, хронических заболеваний ЖКТ и прочих.

Таким образом, при лечении пиелонефрита всегда применяется комплексный подход. На первоначальной стадии острого заболевания устраняются неприятные симптомы, а затем производится лечение и ликвидация причины болезни, устраняется возбудитель недуга. Для этого врач назначает антибиотики или уросептики. В случае устранения симптомов и лечения хронического пиелонефрита обязательным условием становится устранение первопричины болезни.

1.3. План и реализация сестринского процесса при пиелонефрите

Терапия проводится в стационаре, и немалая ее часть «ложится на плечи» медицинских сестер, в их обязанности входит: ухаживать за пациентом, обеспечить его обильным питьем; контролировать температуру тела; следить за соблюдением режима и рекомендаций врача. Если речь идет о пожилom человеке или ребенке, то медицинская сестра должна обеспечить пациенту доступ к судну или горшку.

Персонал следит за прогрессом болезни, выполнением рекомендации врача. Участвует в постановке капельниц или проведении инъекций. Сестра должна сообщать врачу о любых ухудшениях в самочувствии пациента, вести график температур, проводить сбор анализов. Эффективная работа

медицинской сестры делится на несколько этапов. По проделыванию всей работы можно оценить общую эффективность ухода за больным.

Сбор информации о пациенте. После выполненной диагностики врач назначает лечение пациента. Сестра должна подробно ознакомиться с картой больного, видом и классификацией пиелонефрита для дальнейшего ухода. Необходимо опросить пациента о том, что именно его беспокоит, симптомы и побочное воздействие от заболевания: изменения в моче; перенесенные заболевания; возможные аллергии и непереносимости; опросить родственников для выяснения деталей. При необходимости нужно назначить дополнительные анализы для более четкой картины. Важно уточнить у родственников и у пациента, кого держать в курсе того, что происходит во время лечения. Сам пациент или его родные могут вносить пожелания и просьбы по мере терапии [3, с. 19].

Выяснение проблем. С пиелонефритом возможны появление проблем в некоторых физических нарушениях, из-за этого, пациенту необходима помощь, а именно в измерении температуры, помощь при приеме еды, мочеиспускании или просто в проведении досуга. Возможные сопутствующие симптомы, возникшие из-за интоксикации или воспаления: тошнота и рвота; озноб и высокая температура; сильная боль в голове и усталость; отсутствие аппетита; боль в пояснице, животе или в области мочеиспускных каналов; частые и безрезультатные позывы в туалет; мутная моча с хлопьями. Для медсестры особенно важно следить за всеми симптомами больного, так как пиелонефрит при осложнениях может перейти с острой формы в хроническую и закончится почечной недостаточностью [22, с. 47].

План и реализация ухода. Главные цели медицинской сестры — это способствовать к быстрому выздоровлению человека, который обратился за помощью и не допустить осложнений. Обязательно нужно следить, чтоб пациент во время лихорадки не вставал с кровати. Если это ребенок, необходимо дать четкий инструктаж родителям.

Пациенту может понадобиться судно, также для облегчения симптомов используется грелка, которую кладут на спину или живот. После диагностики и сбора всей информации сестра должна обозначить график приема лекарств, процедур, приема правильной пищи и следить за выполнением всех предписаний [3, с. 22].

Организация досуга. Досуг в стационарном лечении очень важен, так как хорошее настроение также очень положительно влияет на выздоровление человека, особенно если это ребенок.

Формирование комфортных условий. Пациенту, который лежит в больнице, необходим комфорт, важно, чтобы медсестра учла пожелания про дополнительную подушку или одеяло, или по возможности о кровати возле окна. Также в палате должна быть тумбочка и шкаф для личных вещей. Обязательные условия это: контроль за регулярным проветриванием и уборкой палаты; частая смена постельного белья; тишина и покой. Сон и отдых – еще один важный аспект быстрого выздоровления.

Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий. Часто помощь при принятии ванны необходим детям или людям старшего возраста, при выяснении потребностей больного медсестра сразу должна знать к кому и когда прийти на помощь. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты и приемом пищи. Диета прописывается как при остром, так и при хроническом пиелонефрите. Она подразумевает отказ от следующих продуктов: острая и соленая пища; газированные напитки; алкоголь и напитки с кофеином; копченая и жареная пища.

При остром типе течения болезни ограничивают и потребление белка. На начальном этапе рекомендуют легкую пищу, которая быстро усваивается. При хроническом пиелонефрите снижают количество потребляемой соли, могут порекомендовать соблюдать питьевой режим. С ограничением суточного потребления жидкости до 1,5–2 литров [9, с. 34].

Рассмотрим сестринский процесс в отношении пациентов с пиелонефритом на практике. Пациент 30 лет поступил в нефрологическое

отделение с диагнозом обострение хронического пиелонефрита. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на повышение температуры, на тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течение 6 лет. Больной беспокоен, тревожится за свое состояние, сомневается в успехе лечения.

Были выявлены следующие симптомы: Температура 37,8°C. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия лица. Кожные покровы чистые, подкожно-жировая клетчатка слабо развита. Пульс 98 уд./мин., напряжен, АД 150/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Пациенту назначено:

1. Постельный режим, диета №7.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко.
3. Оксациллин по 1 г – 4 раза в день в/м
4. Витаминотерапия: В1 (6%-1,0), В6 (5%-1,0) п/к
5. Уроантисептики растительного происхождения (толокнянка, кукурузные рыльца, семена укропа).

Медицинская сестра должна следить, чтобы меню соответствовало предписаниям пациента. Медицинской сестре обязательно нужно проводить беседу о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов, обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией на терапию.

Для избегания ухудшения состояния или побочных эффектов при лечении нужно: мерять температуру 2 раза в день; контролировать характер и частоту мочеиспускания; следить за суточным диурезом; вести так называемый «мочевой лист». Если состояние пациента ухудшается, нужно срочно отменить лекарства и сообщить лечащему врачу. При эффективном уходе можно

избежать осложнений и предупредить негативную реакцию организма на лечение.

Для профилактики пиелонефрита рекомендовано: посещать уролога (1 раз в 3-4 месяца). Вовремя лечить урологические и гинекологические заболевания; потреблять большое количество жидкости для нормализации оттока мочи; избегать переохлаждения. Вести здоровый образ жизни; придерживаться рационального питания; не злоупотреблять белковой пищей; мужчинам – контролировать состояние мочевыделительной системы, особенно, если в прошлом были перенесенные урологические недуги; при наличии позывов к мочеиспусканию не задерживать процесс; соблюдать правила личной гигиены.

Таким образом, можно отметить, что пиелонефрит почек — это серьезное заболевание, которое нужно лечить при появлении первых признаков, чтобы не возникло осложнений, также проходить диагностику у нефролога или уролога 1-2 раза в год.

Анализ медицинской научной литературы позволил сделать следующие выводы:

1. Пиелонефрит является одним из наиболее распространённых воспалительных процессов почек: им болеют в настоящее время или перенесли его когда-то в прошлом примерно 10% людей. Пиелонефритом считается воспалительный процесс, вызванный патогенными микроорганизмами, вследствие которого одновременно либо последовательно поражаются лоханка, чашки и почечная паренхима

2. К главным факторам, сочетание которых вызывает симптомы пиелонефрита, относят: попадание микробных организмов в почки; снижение общего иммунитета; нарушение правильного оттока мочи.

3. Диагностика пиелонефрита включает в себя комплекс исследований (УЗИ, радиоизотопная ренография, компьютерная томография) и лабораторных анализов (анализ мочи, биохимический и общий анализ крови).

4. Особенности сестринского процесса при пиелонефрите включают в себя следующие обязанности медицинской сестры в отношении пациента: ухаживать за пациентом, обеспечить его обильным питьем; контролировать температуру тела; следить за соблюдением режима и рекомендаций врача.

Если у пациента однажды был диагностирован пиелонефрит, то ему следует придерживаться профилактики вторичного типа, позволяющей предупредить рецидив заболевания. Для этого назначается противорецидивный курс лечения, который имеет вид:

- первые 7 дней делается лечебная пауза, во время которой нужно принимать отвар из плодов шиповника;

- на 8-21 день следует употреблять растительные препараты, обладающие диуретическим, противовоспалительным эффектом. Можно приобрести аптечные фитопрепараты: Канефрон, Цистон, или воспользоваться народными диуретическими средствами, среди которых можно выделить отвар семени льна, чай из шиповника, настой толокнянки;

- четвертая неделя подразумевает прием антибактериальных препаратов.

Для предупреждения рецидива необходимо провести профилактическую лабораторную диагностику, для которой нужно сдать посев мочи на определение чувствительности к антибиотикам, а также общий анализ мочи. Это нужно для своевременного выявления бактериурии.

Противорецидивная терапия проводится дважды за год, а профосмотры - каждые несколько месяцев.

После того, как было произведено лечение острого пиелонефрита, необходимо позаботиться о профилактике рецидивов заболевания, предотвратив переход воспаления в хроническую форму. Обязательно нужно пройти продолжительную антибактериальную терапию, после которой наблюдаться в диспансере.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

2.1 Методика исследования

Для достижения поставленных целей методом анонимного анкетирования были опрошены 30 пациентов нефрологического отделения ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода», женского и мужского пола, имеющие пиелонефрит. Нами была разработана анкета с 21 вопросом закрытого и открытого типа на выявление особенностей сестринской помощи пациентам с пиелонефритами.

2.2 Результаты собственного исследования

В анкетировании участвовали пациенты терапевтического отделения мужчины 60% и женщины 40% (Рис.1).

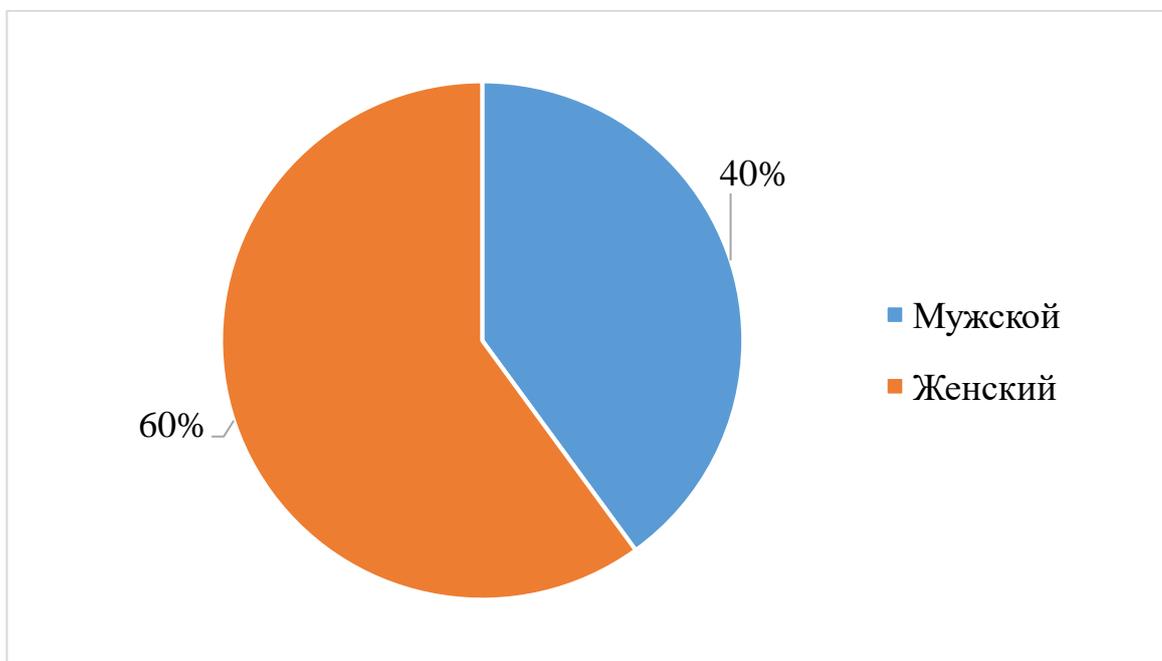


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

Результаты исследования показывают, что респонденты распределились по возрасту: 18 - 25 лет 15%; 25 - 35 лет 15%; 35 - 45 лет 30%; 45 и выше 40% (Рис.2).

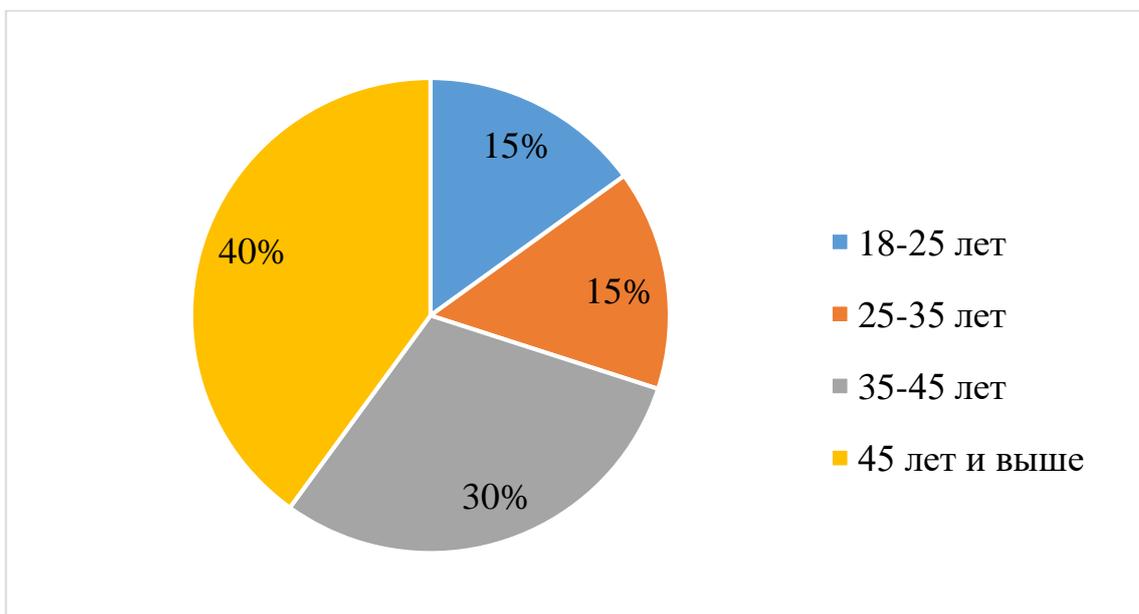


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту

По результатам исследования, респонденты проживают за городом 25%, в городе 75% (Рис.3).

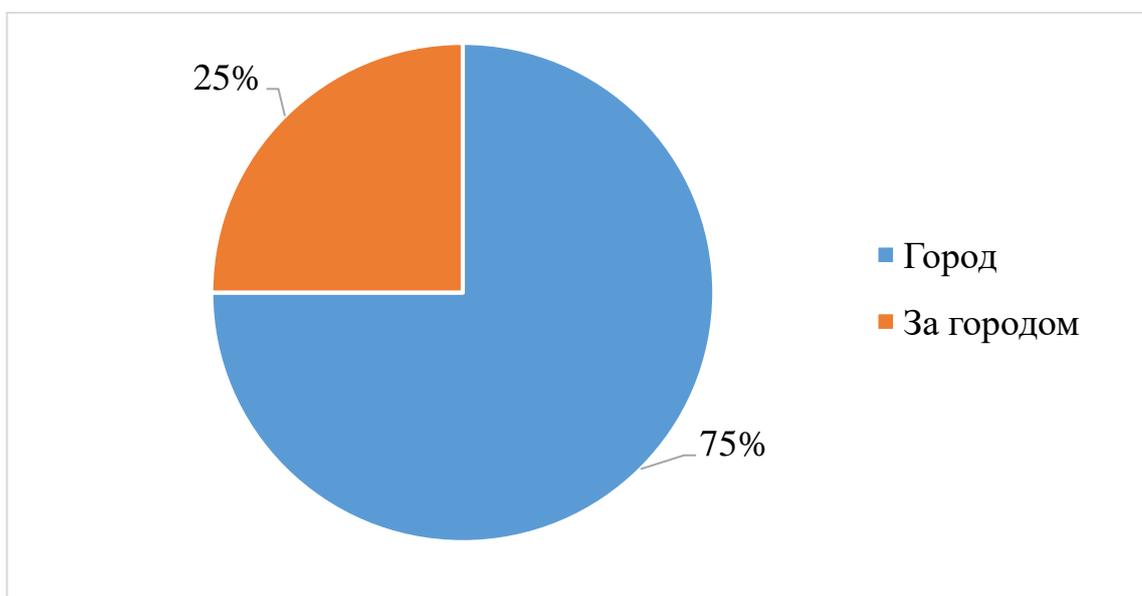


Рис. 3. Место жительства

Исследования показали, что у респондентов профессиональные вредности: да 45%, нет 55% (Рис.4).

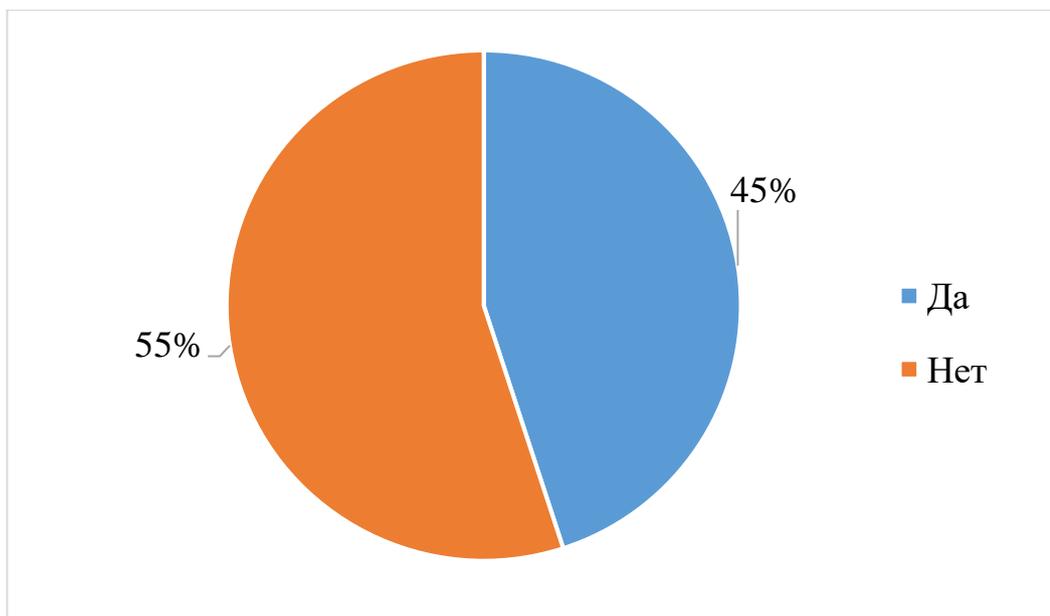


Рис. 4. Профессиональные вредности

Выявлено у респондентов наличие стрессовых ситуаций: 80% да, 20% нет (Рис.5).

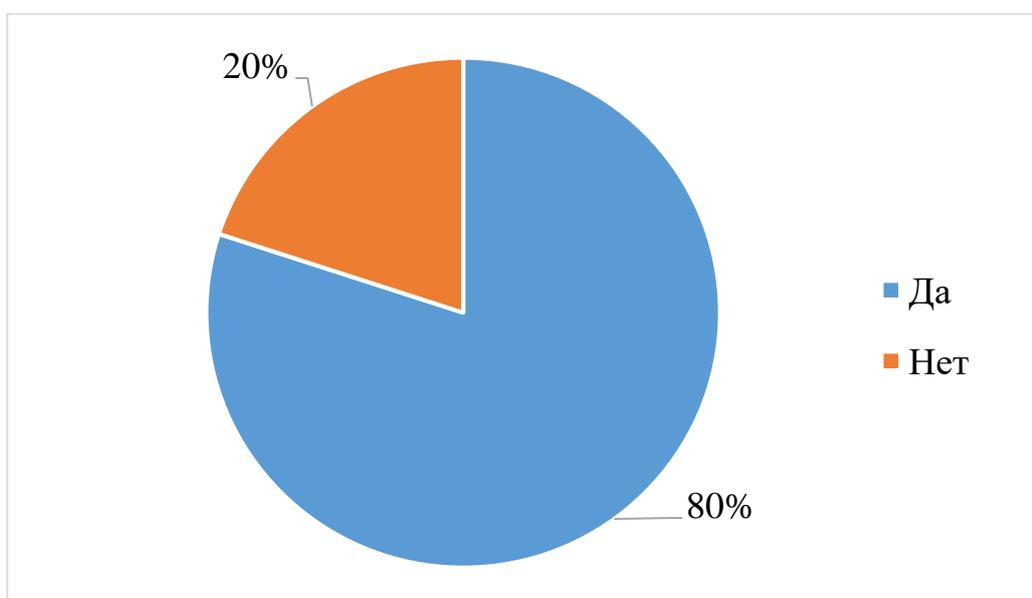


Рис. 5 Наличие стрессовых ситуаций

По результатам исследования алкогольную продукцию употребляют: да 65%, нет 35% (Рис.6).

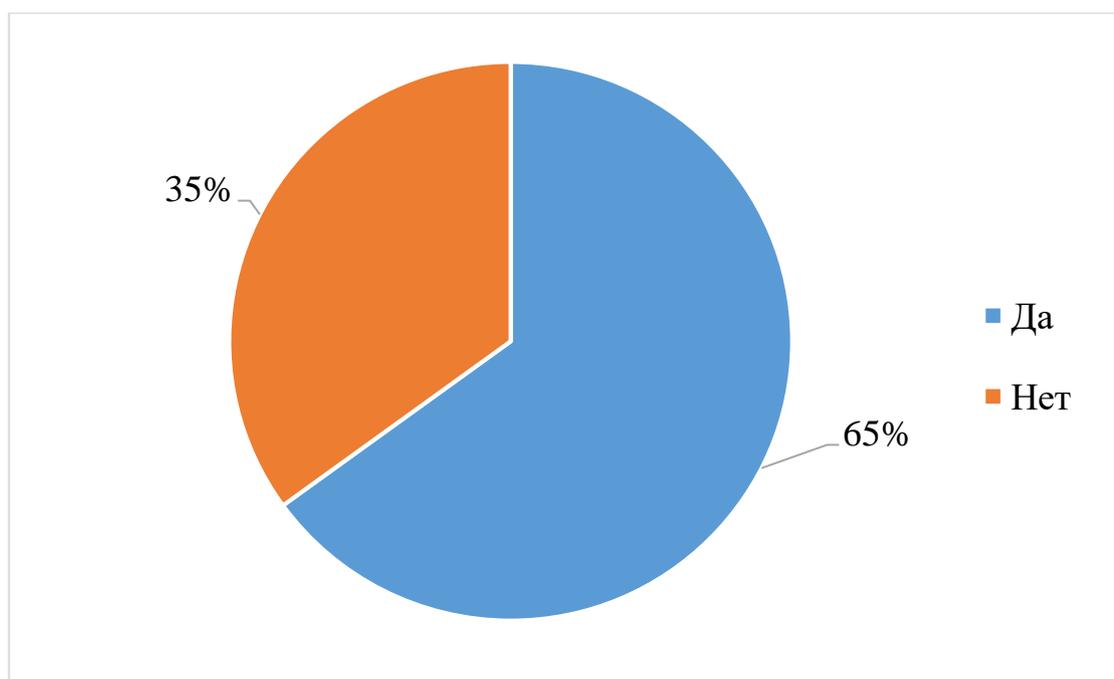


Рис. 6 Употребление алкоголя пациентами

По результатам исследования, 85% являются курильщиками, нет 15% (Рис.7).

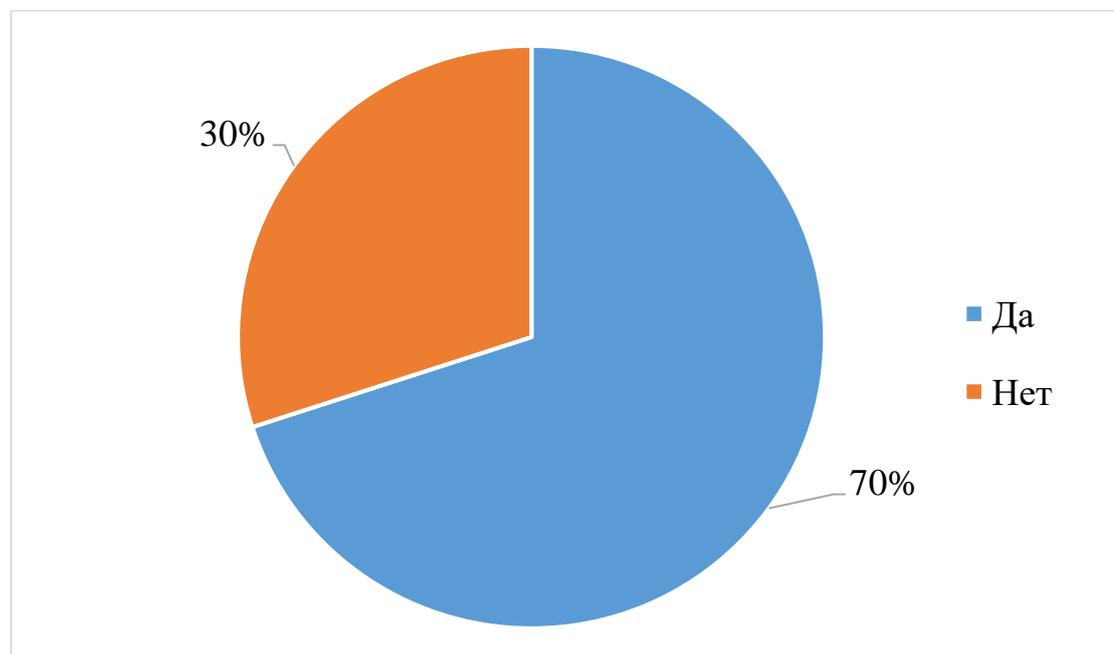


Рис. 7 Курение

По результатам исследования, заболевание впервые выявлено 40%, 1-3 года 30%, более 3-х лет 30% (Рис.8).

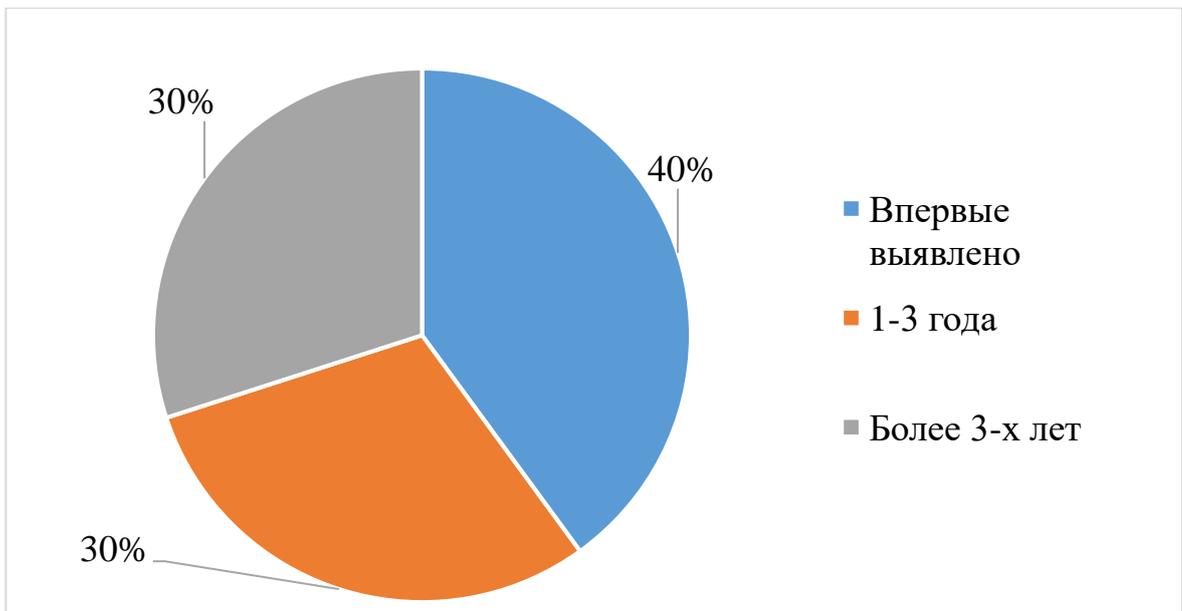


Рис.8. Давность заболевания

Респонденты отмечают жалобы при заболевании: боль в спине/ пояснице 40%, повышенная температура составляет 30%, тахикардия 20%, дизурические расстройства 10% (Рис.9).

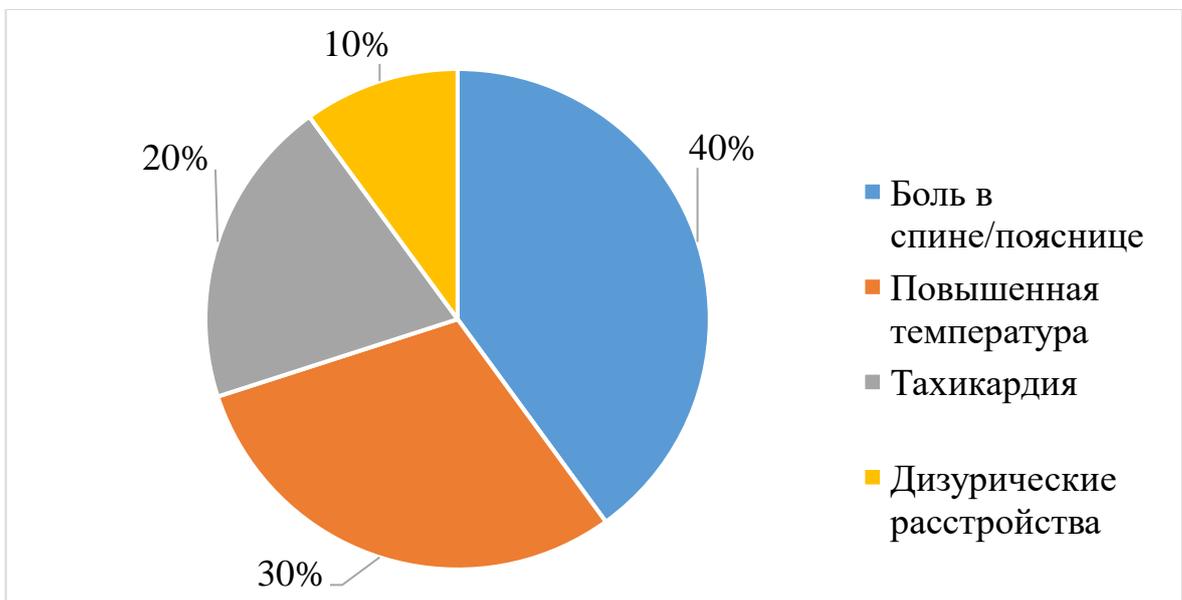


Рис.9. Жалобы при заболевании

По результатам исследования респонденты связывают появления у себя пиелонефрита с: вирусными и инфекционными заболеваниями 20%, переохлаждением 60%, погрешностями в диете 20% (Рис.10).

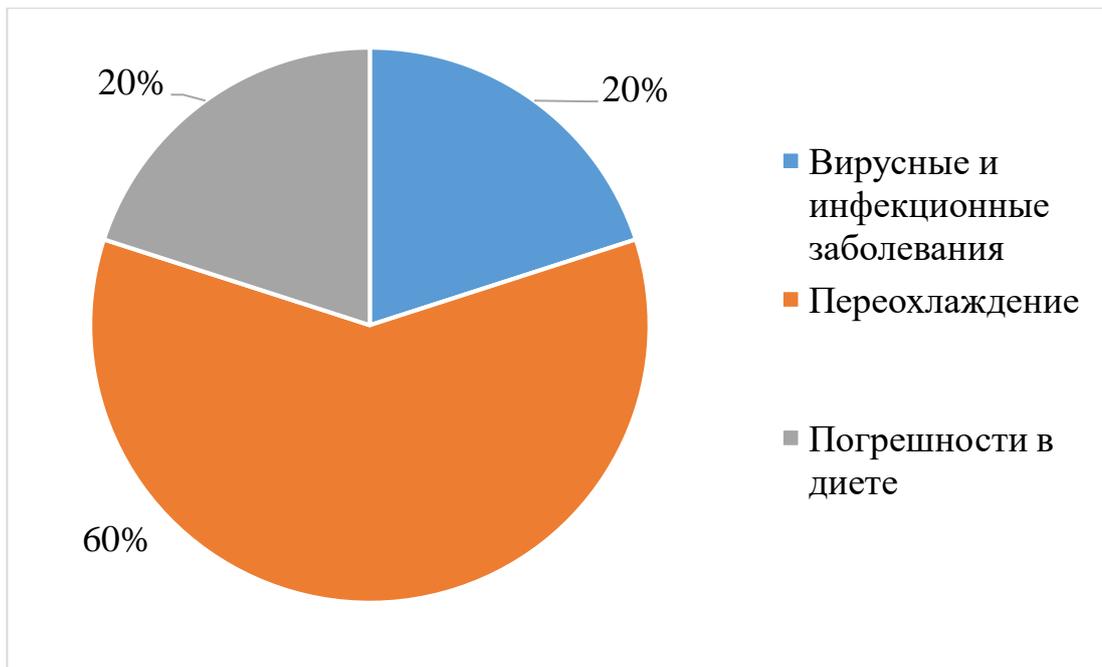


Рис.10. Анализ predisposing факторов заболевания

Было выявлено, что только 30% опрошенных соблюдают режим двигательной активности и 70% не соблюдают (Рис.11).

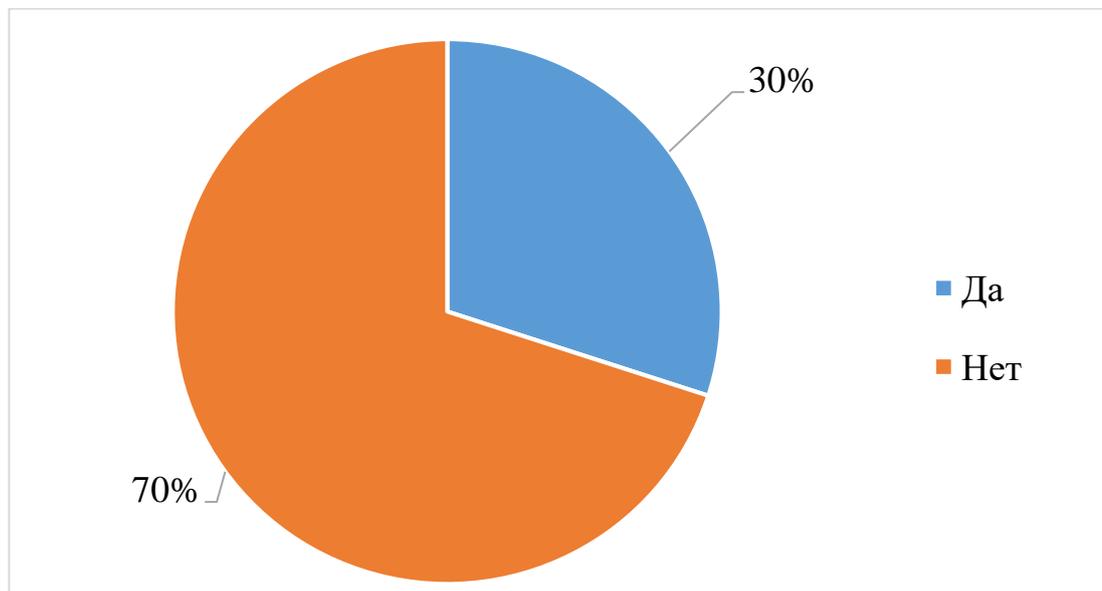


Рис. 11. Соблюдение режима двигательной активности

По результатам исследования, респонденты связывают у себя появление осложнений с переменной погодой: да 60%, нет 20%, иногда 10% (Рис.12).

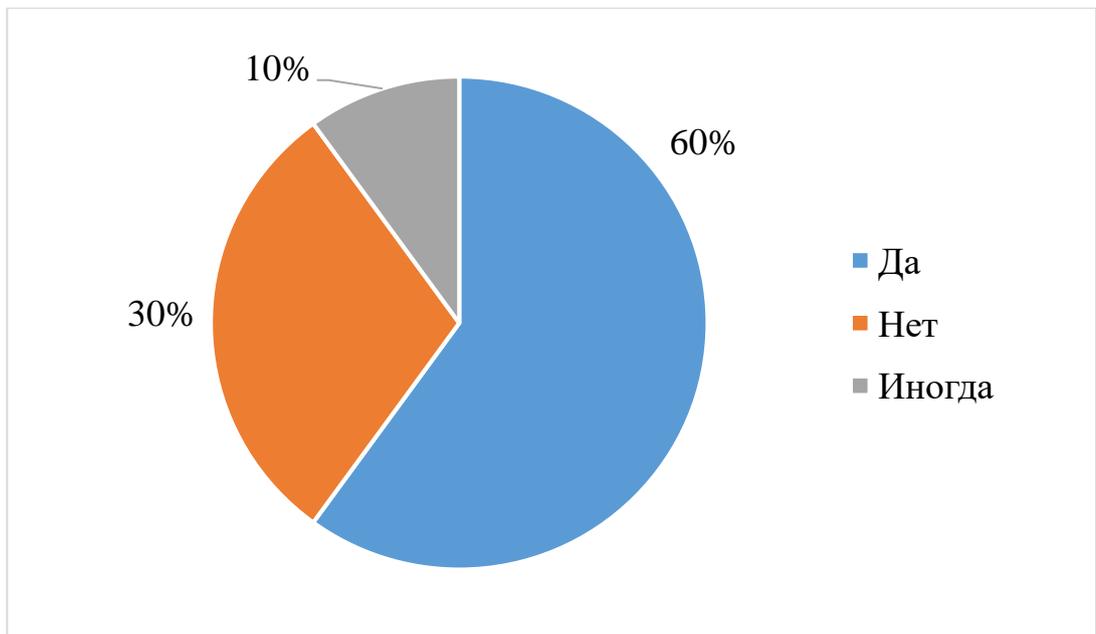


Рис.12. Осложнения связаны с переменной погоды

Исследования показали, что респонденты соблюдают диету: да 60%, нет 20%, иногда 20% (Рис.13).

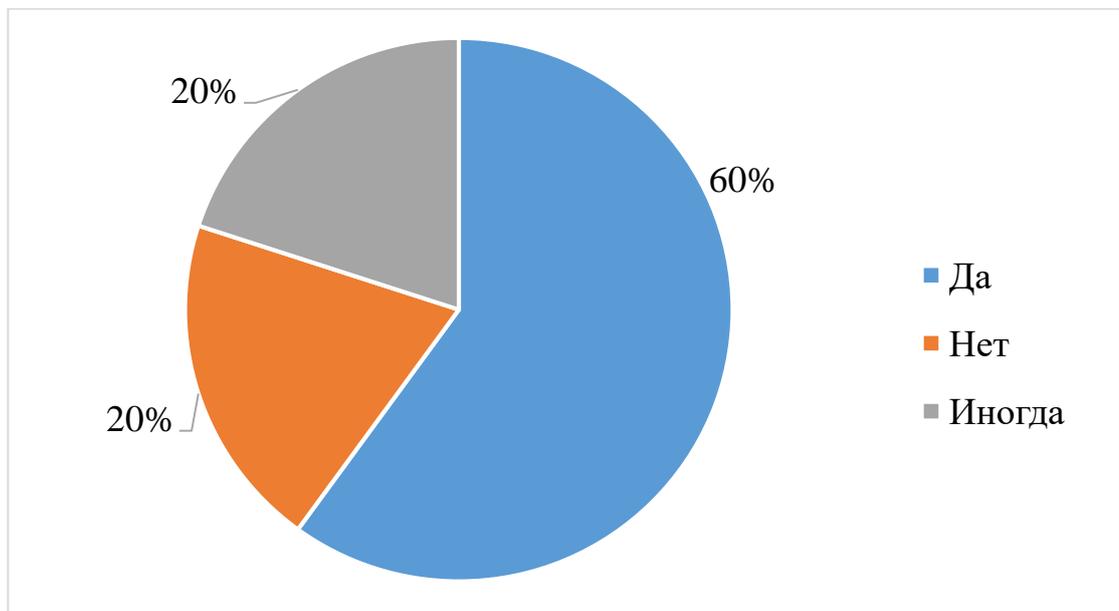


Рис. 13. Соблюдение диеты

Было выявлено, что стационарное лечение во время обострения получили 70%, не получили 30% респондентов (Рис.14).

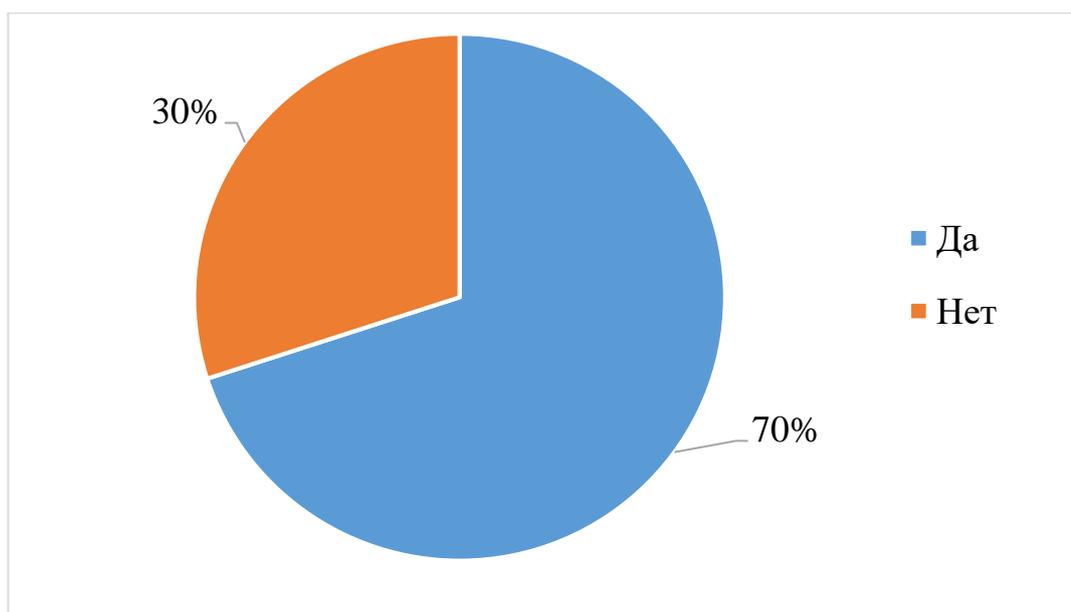


Рис.14. Стационарное лечение во время обострения

Было выявлено, что соблюдают предписания врача 60% респондентов, не соблюдают 40% (Рис.15).

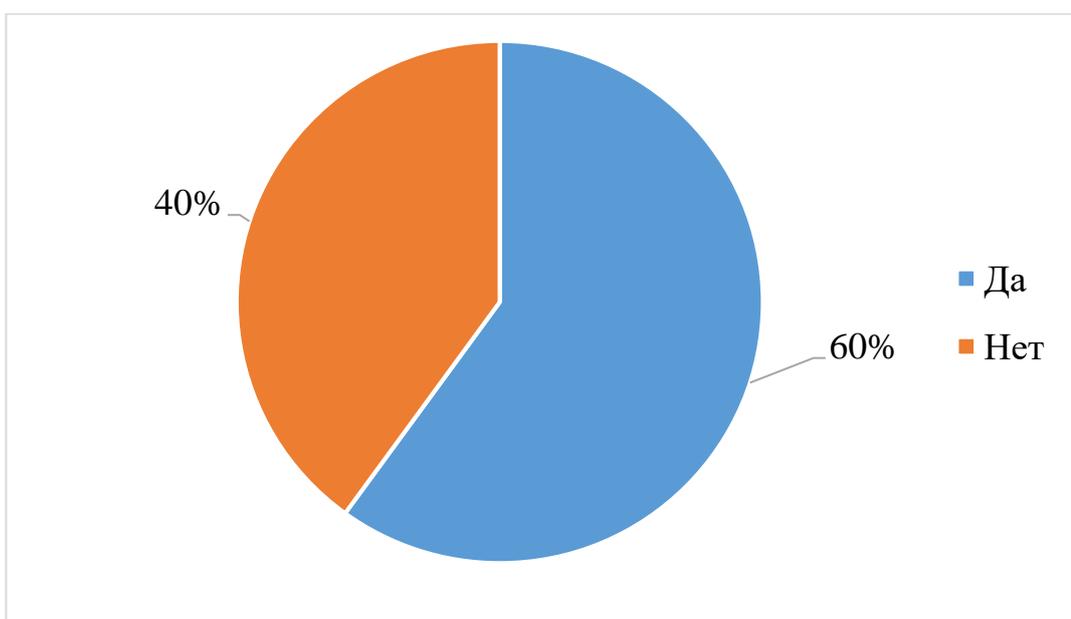


Рис.15. Соблюдение предписаний врача

Исследования показали, что сестринский уход во время стационарного лечения удовлетворил 70%, не удовлетворил 20%, иногда 10% (Рис.16).

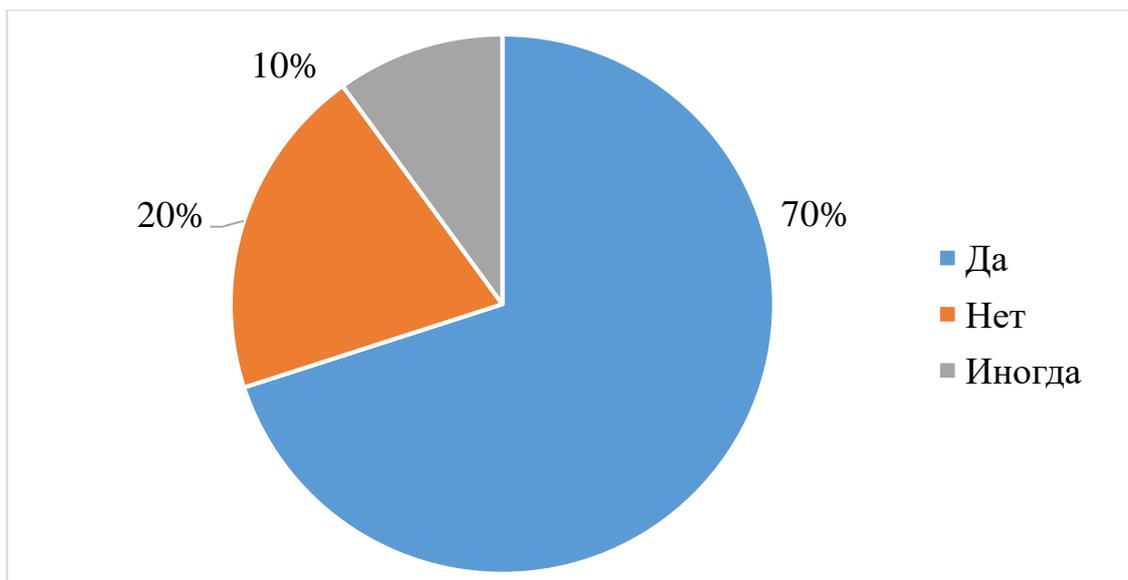


Рис.16. Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения

Было выявлено, что 80% респондентов получили амбулаторное лечение, 20% не получили (Рис.17).

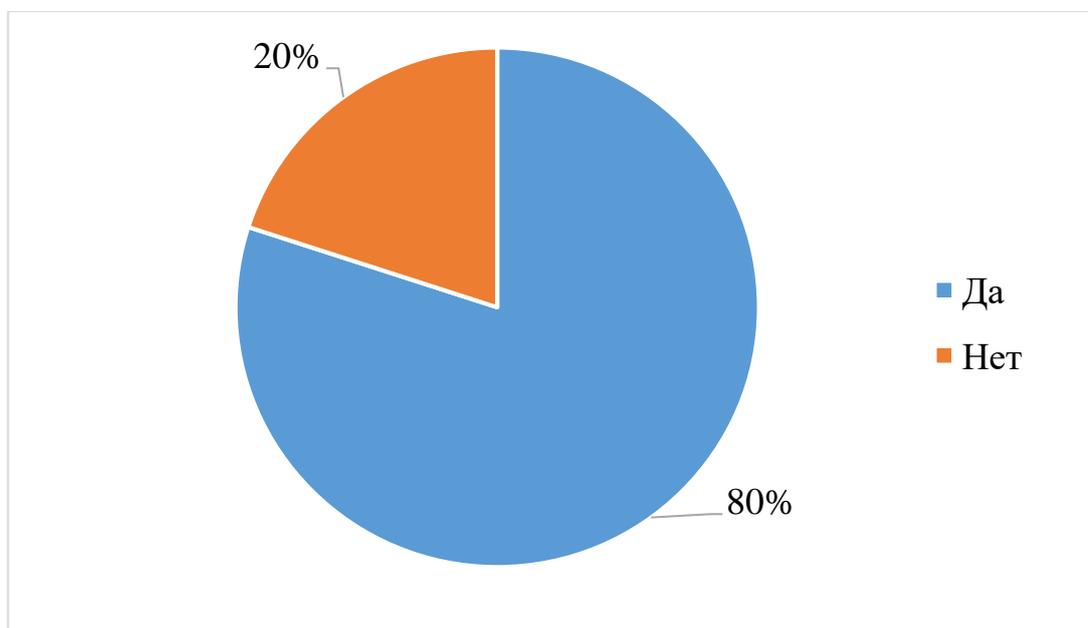


Рис.17. Амбулаторное лечение

Посещение школы пиелонефрита респондентами: 40% да, 40% нет, иногда 20% (Рис.18).

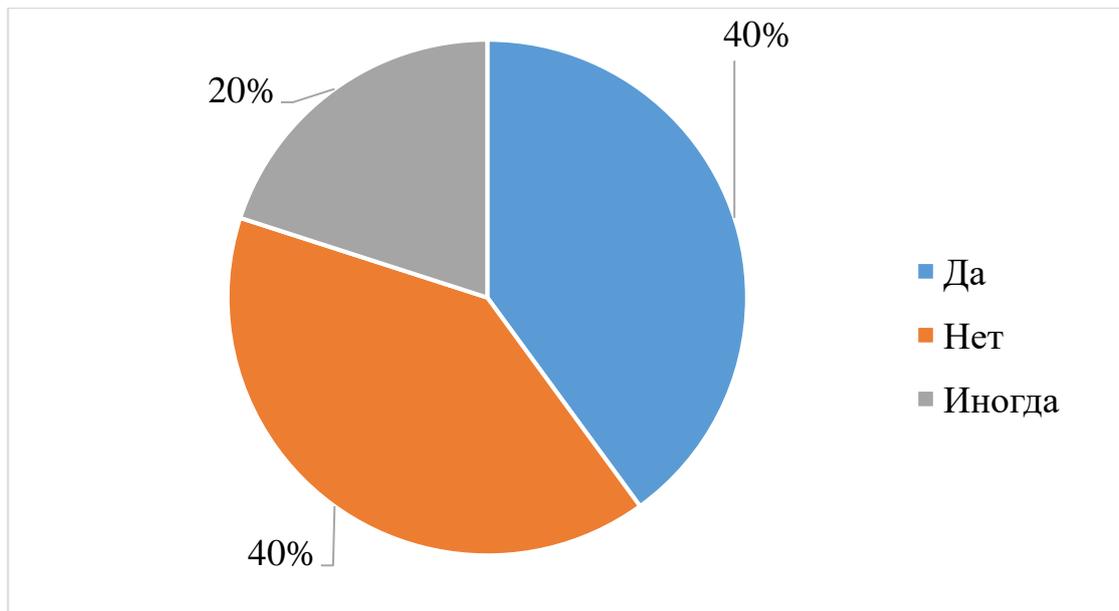


Рис. 18. Посещение школы пиелонефрита

Было выявлено, что 65% респондентам достаточно информации о пиелонефрите из общедоступных источников, 15% недостаточно, иногда 20% (Рис.19).

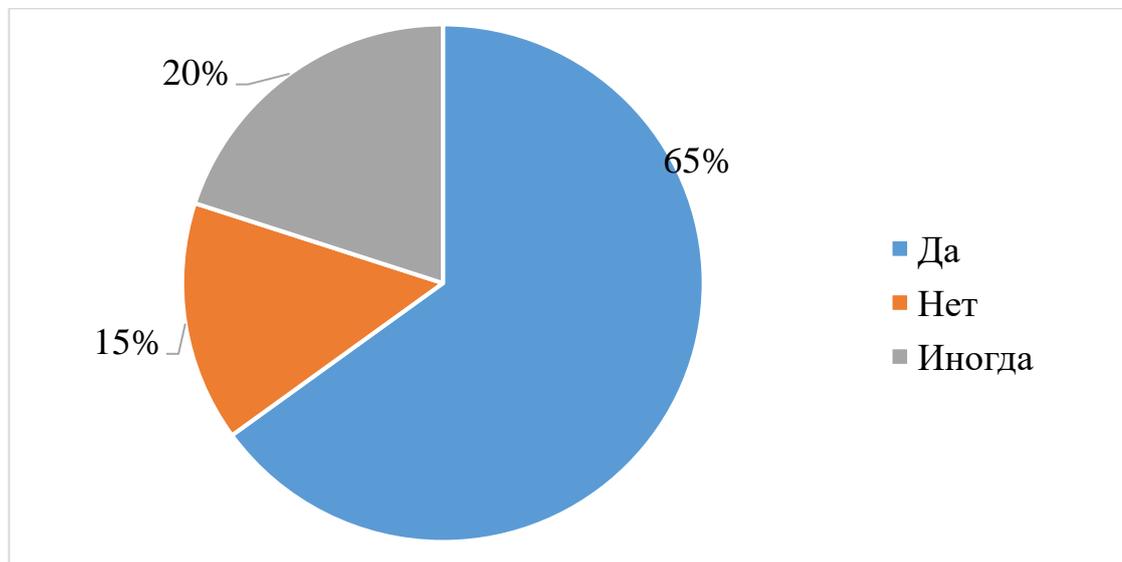


Рис.19. Достаточно ли информации о пиелонефрите из общедоступных источников

Было выявлено, что 70% необходима дополнительная информация о пиелонефрите, 10% не нужна, 20% иногда (Рис.20).

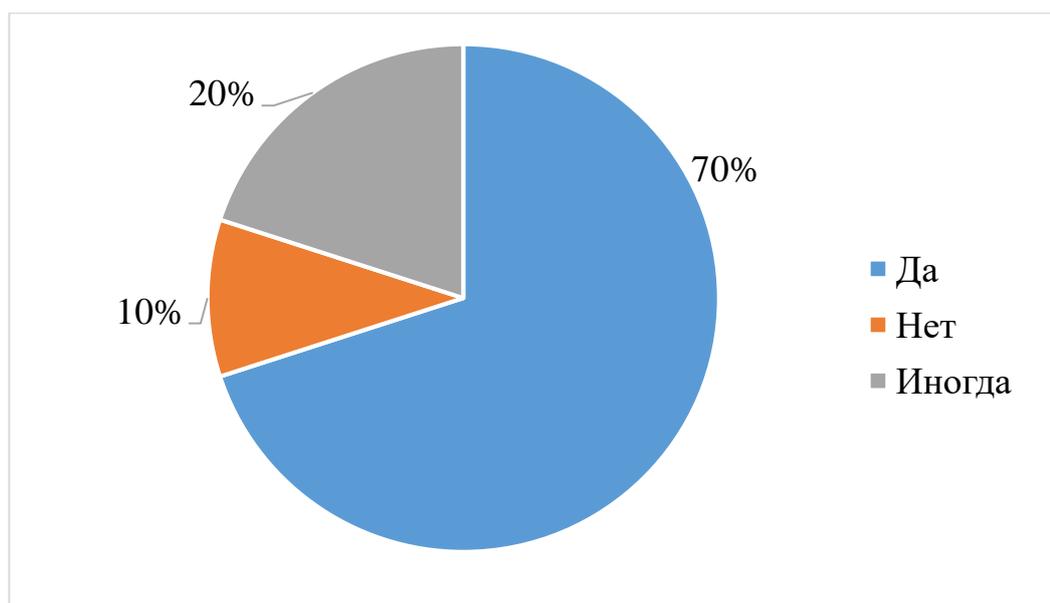


Рис.20. Необходимость дополнительной информации от медицинских работников о пиелонефрите

Было проведено исследование, направленное на определение роли медицинской сестры в отношении пациентов с пиелонефритами.

Данные проведенного эмпирического исследования на базе ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода» выявили, что, наиболее количество пациентов, были представительницы женского пола (60%).

В возрастной категории преобладают пациенты в возрасте от 45 лет и выше. Большинство респондентов проживают в пределах города. Большая часть имеет профессиональные вредности (55%). Стрессовые ситуации присутствуют у 80% испытуемых. Исследуя наличие вредных привычек, можно сказать, что употребляют алкогольную продукцию 65%, курят – 70% испытуемых. У большинства испытуемых заболевание было выявлено впервые. Среди жалоб при пиелонефрите можно отметить: боль в спине / пояснице и повышенная температура. Респонденты связывают появления у себя пиелонефрита в большей степени с переохлаждением. Двигательную активность соблюдает всего 30%, а специальную диету – 60%. Большая часть связывает появление осложнений с переменах в погоде – 60%. Стационарное лечение проходят всего 30%, а амбулаторное – 80% респондентов.

В целом соблюдают предписания врача всего 60%. Что касается удовлетворенности работой сестринского персонала в условиях стационара, то можно отметить 70% довольных пациентов. В 70% случаев пациентам необходима дополнительная информация от медицинских работников о пиелонефрите, однако школу пиелонефрита посещают постоянно только 40%. Из общедоступных источников большей части информации достаточно о пиелонефрите.

Таким образом, подводя итог выше изложенному, был разработан ряд рекомендаций по профилактике пиелонефрита которые заключаются в устранении всех предрасполагающих факторов.

2.3. Рекомендации пациентам по профилактике пиелонефрита

1. Следует избегать переохлаждения организма, правильно питаться, а также нормализовать режим дня. Здоровый 8-часовой сон поможет предотвратить развитие многих патологических состояний.

2. С целью предупреждения патологии важно следить за тем, чтобы в организме не происходили инфекционные процессы.

К первичным мерам профилактики относится лечение заболеваний, способных спровоцировать данное заболевание. К ним относятся болезни, нарушающие отток мочи: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, у мужчин аденома простаты.

Пиелонефрит возникает по причине нарушения оттока мочи, вследствие размножения патогенной микрофлоры. Профилактика должна быть направлена на устранение нарушений.

Предупредить развитие пиелонефрита можно, если придерживаться общих рекомендаций:

- выпивать за день не менее 2 литров воды;
- соблюдать гигиену половых органов;

- вести активный образ жизни;
- не злоупотреблять алкогольными напитками, и табакокурением;
- проводить регулярные занятия физическими упражнениями;
- употреблять больше витаминов, минералов;
- следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря;
- регулярно сдавать анализы мочи, крови.

3. Для предупреждения пиелонефрита также нужно вовремя диагностировать, лечить такие заболевания, как: кариес, гастрит, язву, а также различные болезни горла, носа, уха или органов пищеварительной системы. Еще важным моментом является укрепление иммунитета.

4. Курс лечения антибиотиками нельзя прекращать раньше, чем назначит врач.

Часто именно незавершенное лечение становится причиной перехода болезни в хроническую форму. По завершению антибактериальной терапии пациент должен еще 1 год состоять на диспансерном учете, сдавая анализы.

5. С целью профилактики хронической формы пиелонефрита нужно придерживаться следующих рекомендаций:

- сбалансированно питаться, соблюдая бессолевую диету;
- соблюдать личную гигиену;
- перейти с тяжелой работы на более легкий труд;
- при появлении любых инфекционных источников, от них следует немедленно избавляться.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема качества сестринской помощи определяется сложной мультифакторной зависимостью данной характеристики, отражающей своевременность и правильность проведения сестринского процесса с применением современных сестринских технологий.

На основе проведенного опроса были разработаны рекомендации для пациентов с пиелонефритом, которые заключались в устранении всех предрасполагающих развитию заболевания факторов, таких как: переохлаждение организма, правильное питание, соблюдения правил режима труда и отдыха, а также в устранении очагов инфекции в организме.

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование позволило сделать следующие выводы:

1. На основании эмпирического исследования на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» пациентов было выявлено, что в целом уровень квалификации и профессионализма медицинских сестер удовлетворяет ожидания пациентов.

2. Сестринский процесс при пиелонефрите имеет своей задачей – обеспечение максимально щадящего режима для организма и почек. Сюда можно отнести: контроль за соблюдением режима, строгое выполнение назначений лечащего врача, соблюдения профилактических мер.

3. Для мотивации пациентов к соблюдению диеты, двигательного режима и предписаний врача необходимо разработать выставочные стенды по вопросам профилактики пиелонефрита, листовки (Приложение 2), буклеты, разместить информацию на сайте больницы.

Обеспечение должного уровня сестринской помощи является важной задачей любого лечебно-профилактического учреждения, что возможно, с одной стороны, при разработке реальных критериев оценки работы среднего медицинского персонала, а с другой – при внедрении системы мероприятий, направленных на повышение уровня оказания медицинских услуг.

Успех лечения целиком определяется качеством сестринской помощи и является обязательной составной частью лечения, влияющей на течение заболевания и выздоровления пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопян, Г.Н. Российские клинические рекомендации по урологии [Текст] / Г.Н. Акопян, Б.Я. Алексеев. М., 2013. – 304 с.
2. Архипов, Е.В. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины [Текст] / Е.В. Архипов, О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Т. 8, вып. 6. – С.115-120.
3. Вязьмитина, А.В. Сестринский уход в хирургии: МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] / Вязьмитина А.В., Кабарухин А.Б. ; под ред. Кабарухина Б.В. – Ростов н/Д : Феникс, 2017. – 540 с.
4. Демидова, Т.В. Сестринский уход при заболеваниях почек и мочевыводящих путей: учебно-методическое пособие [Текст] / Т.В. Демидова ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России Институт сестринского образования. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 84 с.
5. Двойников, С.И., Проведение профилактических мероприятий: учеб. пособие [Текст] / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
6. Клинические рекомендации для врачей общей практики (Проект). Инфекции мочевыводящих путей взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия [Текст]. – М., 2014 – 23 с.
7. Лопаткин, Н.А., Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю. и др. Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» [Текст]. – М., 2014. – 234 с.
8. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода: учеб. пособие [Текст] / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с.

9. Красильникова, И.М., Неотложная доврачебная медицинская помощь: учеб. пособие [Текст] / И.М. Красильникова, Е.Г. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с.
10. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Текст] / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова; под ред. В.В. Морозова. – Изд. 3-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 716 с.
11. Любимова, Н.В. Теория и практика лабораторных биохимических исследований [Текст] / Н.В. Любимова, И.В. Бабкина, Ю.С. Тимофеев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 416 с.
12. Майданник, В.Г. Современные аспекты пиелонефрита [Текст] / В.Г. Майданник // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. 2016. – Том 9. – №3. – С.17-23.
13. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела [Текст] / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 368 с.
14. Нечаев, В.М. Лечение пациентов терапевтического профиля [Текст] / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 864 с.
15. Островская, И.В. Основы сестринского дела [Текст] / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.
16. Перепанова, Т.С. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации [Текст] / Т.С. Перепанова, Р.С. Козлов, В.А. Руднов, Л.А. Синякова. – М.: ООО «Прима-принт», 2013. – 64 с.
17. Пушкарь, Д.Ю. Функциональная урология и уродинамика [Текст] / Д. Ю. Пушкарь, Г. Р. Касян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 376 с.
18. Севрюков, Ф.А. Нефроптоз: диагностика, лечение, профилактика: учеб. пособие [Текст] / Ф. А. Севрюков [и др.] ; НижГМА. – Н. Новгород : Изд-во НижГМА, 2015. – 56 с.

19. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Текст] / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина – Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 473 с.

20. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. – Ростов н/Д : Феникс, 2017. – 365 с.

21. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению: ил. рук. [Текст] / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 148 с.

22. Фадеев, П.А. Пиелонефрит [Текст] / П.А. Фадеев. – М.: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2013. – 160 с.

23. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Текст] / Н.И. Федюкович. – Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 505 с.

24. Хронический пиелонефрит у взрослых [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://kokb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/Hronicheskiy-pielonefrit-u-vzroslyh.pdf>.

25. Элланский, Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Ю.Г. Элланский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 624 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Особенности сестринского ухода при пиелонефрите.

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при пиелонефрите в стационаре.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Пол: а) муж; б) жен;
2. Возраст _____
3. Место жительства: а) город; б) село;
4. Наличие профессиональных вредностей: а) да; б) нет.
5. Наличие стресса: а) да; б) нет; в) иногда
- Вредные привычки:**
6. Алкоголь: а) да; б) нет; в) иногда.
7. Курение: а) да; б) нет; в) иногда.
8. Давность заболевания: а) впервые выявлено, б) 1 – 3 года, в) более 3 лет.
9. Жалобы при заболевании: а) боль в спине/пояснице, б) повышенная температура, в) тахикардия, г) дизурические расстройства.
10. Анализ предрасполагающих факторов заболевания: а) вирусные и инфекционные заболевания, б) переохлаждения, в) погрешность в диете.
11. Соблюдение режима двигательной активности: а) да, б) нет.
12. Приступ связан с переменой погоды: а) да, б) нет, в) иногда.
13. Соблюдение диеты: а) да, б) нет, в) иногда.
14. Стационарное лечение во время обострения: а) нет, б) да.
15. Соблюдение предписаний врача: а) да, б) нет.
16. Удовлетворенность сестринским уходом во время стац. лечения: а) да, б) нет, в) иногда.
17. Амбулаторное лечение: а) нет, б) да.
18. Посещение «Школы пиелонефрита»: а) да; б) нет; в) иногда;
19. Достаточно ли информации о пиелонефрите из общедоступных источников: а) да; б) нет; в) иногда.
20. Необходима ли дополнительная информация от медицинских работников о пиелонефрите? а) да; б) нет; в) иногда.
21. Рекомендации медработникам для улучшения их работы

Благодарим за сотрудничество!

Листовка: Профилактика при пиелонефрите

ДРУЗЬЯ ПОЧКИ

ВРАГИ ПОЧКИ

