

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 клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студента

**очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Епифановой Дианы Олеговны**

Научный руководитель
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент
заведующая педиатрическим
отделением
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница» детская поликлиника №1
Марцинюк И.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	8
1.1. Особенности течения пиелонефритов у детей.....	8
1.2. Основные принципы лечения пиелонефритов у детей.....	14
1.3. Прогноз и профилактика пиелонефрита у детей	17
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	23
2.1. Организационная характеристика базы исследования.....	23
2.2. Анализ статистических показателей распространенности пиелонефрита у детей.....	26
2.3. Результаты социологического исследования особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Пусть не болеют дети никогда.
Ни у кого пусть не болеют дети.
Они должны смеяться, танцевать.
И с верой в чудо жить на этом свете.

Надежда Дикань

Актуальность исследования. Инфекции мочевыводящих путей занимают второе место после респираторных инфекций. Девочки болеют в 2 раза чаще, чем мальчики, однако на первом году жизни частота среди мальчиков и девочек одинакова. Заболевание развивается при проникновении патогенной микрофлоры (*Enterobakter* – 80,2%, *E. coli* – 40-60%, *Klebsiella* – 7-20%, *Proteus* – 9-15%, *Staphylococcus* – 14%, *Streptococcus* – 10%, бактериально-вирусные ассоциации и др.) в лоханку и паренхиму почек. Наиболее тяжелые формы пиелонефрита выявляются при высеве из мочи *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli* (штаммы O2, O6), *Proteus rettgeri*, *Ent.cloacae*. В таких случаях пиелонефрит характеризуется рецидивирующим течением с периодами неполной ремиссии, рецидивы протекают с высокой лихорадкой, массивным мочевым синдромом и длительным сохранением возбудителя в моче, несмотря на антибактериальную терапию. Может быть и вирусная природа пиелонефрита: аденовирус, вирус гриппа, вирус Коксаки, цитомегаловирус и др. Пик заболеваемости приходится на дошкольный и младший школьный возраст (5-9 лет) [7, с.99].

Наблюдение и уход за детьми со стороны среднего медицинского персонала особенно важны для контроля эффективности лечения, предупреждения и раннего выявления возможных осложнений. От того насколько эффективно будет осуществляться сестринский процесс, во многом будет зависеть снижение частоты хронизации процесса. Именно медицинская сестра, проводящая больше времени с пациентом, осуществляет подготовку ребенка к исследованиям и манипуляциям, а правильная подготовка, это залог

качества проведенного исследования или манипуляции.

Пиелонефрит – это неспецифическое микробно-воспалительное заболевание почек, при котором поражается чашечно-лоханочная система и интерстициальная ткань с последующим поражением всего нефрона. Пиелонефритом болеют дети в любом возрасте. Девочки болеют в 2 раза чаще, чем мальчики, однако на первом году жизни частота среди мальчиков и девочек одинакова. Заболевание развивается при проникновении патогенной микрофлоры. В таких случаях пиелонефрит характеризуется рецидивирующим течением с периодами неполной ремиссии, рецидивы протекают с высокой лихорадкой, массивным мочевым синдромом и длительным сохранением возбудителя в моче, несмотря на антибактериальную терапию [3, с.383].

В диагностике пиелонефрита обязательна оценка функции почек. Определяют биохимические результаты мочевины и креатинина крови, проводят расчет клубочковой фильтрации по Шварцу и/или измеряют клиренс эндогенного креатинина, оценивают тубулярные функции почек в пробе Зимницкого, суточную экскрецию белка, глюкозы. Проводят полный объективный осмотр, оценивают физическое развитие ребенка, обращают внимание на температуру тела, цвет кожных покровов и слизистых, наличие/отсутствие отеков, состояние лимфатических узлов (особенно паховых), данные о легочно-сердечной деятельности, значения артериального давления, пальпация брюшной полости, особенно почек, мочеточниковых точек, определяют симптом поколачивания с обеих сторон, ежедневно уточняют информацию о диурезе, физиологических отправлениях.

Особенностями клинических проявлений заболевания у новорожденных и детей первых месяцев жизни, являются:

- острое начало, высокая лихорадка, тяжелое течение, быстро нарастающая интоксикация;
- возможны менингеальные симптомы (без патологических изменений в спинномозговой жидкости);
- характерны диспепсические расстройства: тошнота, рвота, иногда

жидкий стул;

- дизурические явления выражены слабо, однако мочеиспускание может сопровождаться криком, ему могут предшествовать беспокойство и изменение окраски кожных покровов [8, с.90].

Прогноз заболевания может быть:

- благоприятным, если у ребенка отсутствуют аномалии развития почек и мочевыводящих путей.

- неблагоприятным, если формируется хронический пиелонефрит, нефроны погибают и паренхима замещается соединительной тканью, а почка сморщивается и развивается хроническая почечная недостаточность [12, с.38].

Пиелонефрит считают хроническим через 6 мес. от начала заболевания. После перенесённого острого пиелонефрита ребенок должен находиться на диспансерном учете в течение 5 лет (Приложение 3), чтобы добиться полного выздоровления и предотвратить развитие хронического процесса. То есть можно суверенностью сказать предотвратить легче, чем лечить. С учетом этого и был сделан выбор **темы исследования:** «Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей», проблема которая, может быть сформулирована следующим образом: в чем заключается профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей.

Решение этой проблемы составляет цель исследования.

Объект исследования: медицинская помощь при пиелонефрите у детей.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности течения пиелонефритов у детей.
2. Изучить основные принципы лечения, прогноз и профилактику пиелонефрита у детей.
3. Проанализировать статистические показатели распространенности пиелонефрита у детей.

4. Провести социологическое исследование и выявить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей.

5. Разработать практические рекомендации.

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы, приказов и периодических изданий по теме дипломной работы; организационный (сравнительный, комплексный) метод; статистические – статическая обработка информационного массива; социологические – анкетирование, интервьюирование.

Базой исследования явилась ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Теоретическая значимость состоит в изучении причин, особенности течения и профилактики пиелонефрита у детей; в обосновании основных принципов лечения пиелонефритов у детей; в изучении прогноза и профилактики пиелонефрита у детей.

Практическая значимость. Практическим результатом научно-исследовательской деятельности с использованием данного комплекса станет проведение анализа профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей; разработка практических рекомендаций.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 45 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав, собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемой литературы и приложений. Работа содержит таблицу и 14 рисунков. Библиографический список литературы содержит 21 источник.

ГЛАВА 1. ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Особенности течения пиелонефритов у детей

Организм ребенка чрезвычайно уязвим, потому что работа его развивающихся органов и защита от разных негативных факторов еще не до конца налажена. Поэтому дети предрасположены к некоторым болезням больше, чем взрослые. В перечень таких заболеваний входит и пиелонефрит – исходя из статистических данных, его можно причислить к наиболее распространенным болезням детского возраста. Причем, в период новорожденности им чаще болеют недоношенные дети [10, с.8].

Пиелонефрит – воспалительный процесс в почках и почечной лоханке – наиболее часто встречающееся заболевание среди детей, уступающее по частоте лишь воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей. Широкая распространенность заболеваемости среди детей раннего детского возраста, переход в хроническую форму и возможность появления необратимых последствий дают возможность считать данную болезнь очень серьезной патологией, требующей тщательного подхода к лечению, как со стороны врача, так и со стороны родителей. Вовремя заподозрить заболевание – уже половина успеха к выздоровлению [18, с.4].

Пиелонефрит у детей, как и любое воспалительное заболевание, вызывают микроорганизмы (бактерии), которые различными путями попадают в почку и начинают активно размножаться. Согласно этиологии и патогенезу пиелонефрита, в подавляющем большинстве случаев болезнь вызвана кишечной палочкой, которая заносится в почку с током крови из очага хронической инфекции, роль которого чаще всего играют кариозные зубы, хронический тонзиллит (ангина) и отит (воспаление уха). В более редких случаях инфекция попадает из мочевого пузыря или наружных половых органов. Именно этим обусловлен тот факт, что девочки, ввиду короткого

мочеиспускательного канала, болеют пиелонефритом и циститом в 3 раза чаще, нежели мальчики. Однако в нормальных условиях организм ребенка в состоянии справиться с микроорганизмами. Главной причиной развития воспаления считается снижение иммунитета, когда защитные силы организма не в состоянии бороться с инфекцией [19, с.3].

Существует множество причин, ведущих к снижению иммунитета, основные из которых:

- осложнения во время беременности и родов;
- непродолжительное грудное вскармливание, раннее введение прикорма;
- недостаток витаминов;
- воспалительные заболевания дыхательных путей и ЛОР-органов;
- наследственная предрасположенность [6, с.14].

Существуют так называемые критические периоды развития ребенка, когда организм наиболее уязвим к воздействию инфекционных агентов:

- от рождения до 2 лет;
- от 4-5 до 7 лет;
- подростковый период.

Классификация пиелонефрита. Исходя из причин, вызвавших заболевание, пиелонефрит подразделяют на первичный и вторичный. Первичный пиелонефрит развивается у практически здорового ребенка на фоне полного благополучия, вторичный, в свою очередь, возникает при врожденных анатомических аномалиях почек, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, когда застой мочи дает предпосылки активному размножению бактерий. Выделяют две формы пиелонефрита: острый и хронический [6, с.54].

При запущенных случаях патологии инфекция охватывает многие отделы организма, состояние заметно ухудшается.

Основные симптомы пиелонефрита: сильная, острая боль в поясничном отделе; приступы тошноты; повышением температуры до +39 градусов; тахикардия; озноб; одышка; головная боль; слабость; небольшая отёчность тканей; изменение цвета мочи (зеленоватый либо красный); ухудшение

состояния; по результатам анализа мочи повышен уровень лейкоцитов – 18 единиц и более.

Острый пиелонефрит у детей протекает более бурно с явлениями тяжелой интоксикации, но при правильном лечении чаще всего заканчивается полным выздоровлением. В ряде случаев острая форма может перейти в хроническую, которая характеризуется периодическими обострениями, протекает очень длительно (вплоть до старости) и приводит к необратимым осложнениям.

Особенность пиелонефрита у детей такова, что в зависимости от возраста симптомы болезни проявляются по-разному. Признаки пиелонефрита у ребенка заподозрить не трудно, обычно болезнь протекает с характерными проявлениями, исключение лишь составляют дети младшего возраста [13, с.37].

Дети до 1 года. Пиелонефрит у детей до года обычно имеет следующие симптомы: повышение температуры до 39-40 без признаков воспаления дыхательных путей, беспокойство и нарушение сна, снижение аппетита, повышение температуры до высоких цифр без каких-либо на то причин должно сразу насторожить как родителей, так и врача на наличие у ребенка пиелонефрита. Температура при пиелонефрите плохо поддается лечению жаропонижающими препаратами и способна несколько дней держаться на высоких цифрах.

Дети от 1 года до 5 лет. У детей до 5 лет наряду с высокой температурой появляется боль в животе без определенной локализации, тошнота, иногда рвота. Ребенок беспокойный, не может четко указать место, где болит.

Старше 5 лет. Типичные симптомы со стороны мочевыделительной системы появляются лишь после 5-6 летнего возраста, когда ребенка начинают беспокоить ноющая боль в поясничной и надлобковой области и боль при мочеиспускании.

Таким образом, «типичный» комплекс симптомов острого пиелонефрита у детей старше 5 лет включает следующее: Острое повышение температуры тела до 39-40С. Важно помнить, что отличительной чертой воспаления почек от простудных заболеваний считается отсутствие воспаления дыхательных путей

(насморка, кашля, першения и боли в горле, боли в ухе). Температура поднимается на фоне полного здоровья сразу до высоких показателей. Симптомы общей интоксикации – ребенок становится вялым, капризным, отказывается от пищи. Приступы озноба сменяются приступами жара. Нередко на фоне температуры появляется головная боль. Симптомы со стороны мочевыделительной системы – как правило, на второй день после повышения температуры появляется постоянная ноющая боль в поясничной области (чаще все с одной стороны), боль в надлобковой области, болезненность при мочеиспускании. При сопутствующем цистите позывы к мочеиспусканию становятся частыми до 20 и более раз в день. Моча при пиелонефрите у ребенка визуально темная, мутная, пенная, иногда с красноватым оттенком (обусловлено наличием в ней крови). Несмотря на тяжелое течение острого пиелонефрита, при своевременном обращении за медицинской помощью и правильном лечении заболевание имеет благоприятный исход. Однако часто острая форма переходит в хроническую [14, с.33].

Хронический пиелонефрит. Хроническим считают пиелонефрит, протекающий более 1 года и имеющий 2 и более эпизодов обострения за данный период. Эта форма представляет собой чередование периодически повторяющихся обострений (особенно в весенне-осенний период) и бессимптомных периодов. Проявления хронической формы такие же, как и при острой, только чаще всего менее выраженные. Течение хронического пиелонефрита медленное и длительное. При частых обострениях, неправильном лечении и отсутствии профилактики заболевание может привести к такому серьезному осложнению, как почечная недостаточность.

В диагностике пиелонефрита обязательна оценка функции почек. Определяют биохимические результаты мочевины и креатинина крови, проводят расчет клубочковой фильтрации по Шварцу и/или измеряют клиренс эндогенного креатинина, оценивают тубулярные функции почек в пробе Зимницкого, суточную экскрецию белка, глюкозы.

Проводят полный объективный осмотр, оценивают физическое развитие ребенка, обращают внимание на температуру тела, цвет кожных покровов и слизистых, наличие/отсутствие отеков, состояние лимфатических узлов (особенно паховых), данные о легочно-сердечной деятельности, значения артериального давления, пальпация брюшной полости, особенно почек, мочеточниковых точек, определяют симптом поколачивания с обеих сторон, ежедневно уточняют информацию о диурезе, физиологических отправлениях.

Комплекс диагностических мероприятий. Поставить диагноз «Пиелонефрит» не трудно, особенно если в истории болезни уже были эпизоды заболевания. Как правило, диагностика пиелонефрита у детей обязательно включает в себя общий анализ мочи, общий анализ крови, посев мочи на микрофлору и УЗИ почек. При наличии в моче бактерий и лейкоцитов, и при соответствующей ультразвуковой картине врач уже может поставить соответствующий диагноз [4, с.42].

Опасность заболевания пиелонефритом в детском возрасте заключается в том, что оно может вызвать необратимые изменения в структуре и работе почек ребенка, например, в нарушении местного кровообращения. В более старшем возрасте после перенесенной в детстве болезни увеличивается вероятность отложения камней и появления новообразований. Таким образом, пиелонефрит – это очень серьезное и опасное заболевание, которое может значительно повлиять на жизнь и здоровье ребенка [12, с.7]. Родители обязательно должны обратиться к врачу-педиатру или нефрологу, если у малыша появились такие симптомы заболевания:

1. Повышается температура тела, но отсутствуют признаки респираторной инфекции: кашель, насморк, боль в горле (то есть, воспалительный процесс не связан с такими причинами, как ОРВИ и грипп).

2. Ребенок испытывает дискомфорт при мочеиспускании, ощущает боль, рези (если он еще не умеет говорить, родители могут узнать об этом, когда ребенок начинает плакать во время отхождения мочи).

3. При пиелонефрите нередко меняется привычный объем мочи, она может выделяться более частыми, но меньшими порциями, чем до болезни. Чаще происходит мочеиспускание во время сна.

4. Появляется боль в животе, особенно в области поясницы, в связи с чем маленькие дети становятся более раздражительными, чаще плачут, отказываются от еды. Может открыться рвота.

5. Изменяется цвет и запах мочи, это говорит о том, что работа почек нарушена и в мочу попадают вещества, не характерные для нормального здорового состояния организма.

6. У детей грудного возраста при пиелонефрите может развиваться обезвоживание организма (появляется сухость и дряблость кожи) и начинается отставание в прибавке веса.

Бывают случаи, когда вышеописанные симптомы не проявляются, и пиелонефрит протекает в скрытой форме. Тогда родители могут просто не заметить, что у ребенка прогрессирует опасное заболевание почек. Признаками такого скрытого течения пиелонефрита могут быть такие отклонения в состоянии малыша:

1. Ребенок стал более слабым и бледным, быстрее утомляется при привычных физической нагрузке и режиме дня. Может наблюдаться подавленное, плохое настроение, появляются темные круги под глазами.

2. Он чаще посещает туалет, причем у детей младшего возраста, уже приученных к горшку, могут возобновляться случаи энуреза в ночное время, так как нарушается нормальная работа почек.

Когда родители обращаются к врачу, он дает направление на анализ мочи. Именно это обследование может открыть истинную картину состояния почек и процесса мочеобразования. При пиелонефрите в моче обнаруживаются лейкоциты, а иногда и гной, бактерии, белок и эритроциты. Поможет в диагностике болезни почек и анализ крови: в нем будут увеличены показатели СОЭ, количества лейкоцитов, а особенно их молодых форм, может наблюдаться анемия (понижение содержания эритроцитов). Очень

информативным является ультразвуковое исследование почек – оно подскажет доктору о состоянии органа и поможет выявить нарушения в его анатомии. Часто пиелонефрит путают с другими заболеваниями органов мочевыделительной системы (циститом, уретритом), так как симптомы могут быть очень похожими [9, с.34].

1.2. Основные принципы лечения пиелонефритов у детей

Важно понимать, что лечение любого заболевания, особенно такого серьезного, как пиелонефрит. Оставить пиелонефрит без лечения – это настоящее преступление родителей против своего ребенка. В случае, если у малыша проявились первые симптомы, необходимо сразу обратиться к врачу. Лучше, если это будет нефролог или уролог (то есть специалист соответствующего профиля), но не во всех населенных пунктах есть такие доктора. В таком случае нужно обращаться к педиатру [12, с.50]. Родители также должны быть готовы к тому, что их малыша госпитализируют для лечения в стационарных условиях. Не стоит отказываться от этого – там ребенку окажут более квалифицированную помощь, чем при лечении в домашних условиях.

Но лечение не ограничивается лишь лекарственными препаратами. Лечение – широкий комплекс мер, направленных не только на устранение причины заболевания, но на профилактику последующих рецидивов (обострений) [1, с.16].

Лечение любых воспалительных заболеваний почек комплексное состоит из следующих составляющих:

1. Режим.
2. Диета.
3. Медикаментозная терапия.
4. Физиотерапия и лечебная физкультура.

Всегда четко нужно соблюдать все рекомендации врача для скорейшего выздоровления и профилактики рецидивов. В период выраженных проявлений заболевания рекомендован постельный или полупостельный режим. Об учебе, прогулках и, тем более, спортивных тренировках нужно на время забыть. На второй неделе заболевания, когда температура значительно спадает и проходит боль в пояснице, режим можно расширять, однако будет намного лучше, если весь период болезни ребенок проведет дома. Соблюдение диеты также является важным фактором. Диета при пиелонефрите у детей также, как и у взрослых – неотъемлемый атрибут успешного выздоровления. Из рациона ребенка обязательно следует исключить острую, соленую, жареную пищу, ограничить продукты с высоким содержанием белка. На 7-10 день течения острой формы необходимо перейти на молочнокислую диету с неполным ограничением соли и белка. Также рекомендовано обильное питье (компоты, морсы, некрепкий чай), а при хроническом пиелонефрите (в периоды ремиссии) обязательное питье слабощелочных минеральных вод [2, с.246].

Медикаментозная терапия:

а) Антибиотики. Все воспалительные заболевания лечат специальными противомикробными препаратами (антибиотиками), и детский пиелонефрит – не исключение. Однако ни в коем случае нельзя заниматься самостоятельным лечением ребенка – назначение антибиотиков делает только врач(!), который способен учитывать все критерии подбора препарата, исходя из тяжести заболевания, возраста и индивидуальной особенности ребенка. Лечение острого и лечение хронического пиелонефрита у детей проводится по одинаковым принципам [16, с.59]. Антибиотики при пиелонефрите у детей представлены сравнительно небольшим ассортиментом, поскольку многие антибиотики противопоказаны до 12 или до 18 лет, поэтому специалисты, как правило, назначают следующие группы препаратов: защищенные пенициллины (Аугментин, Амоксиклав). Помимо привычных таблеток, эти антибиотики выпускаются в форме сладкой суспензии для детей младшего возраста, а дозировка производится при помощи специального мерного шприца или

ложечки. Антибиотики цефалоспориновой группы, которые чаще всего бывают только в инъекциях, поэтому их применяют при стационарном лечении (Цефотаксим, Цефутоксин, Цефтриаксон). Однако некоторые существуют и в форме суспензии, капсул и растворимых таблеток (Цедекс, Супракс). Аминогликозиды (Сумамед, Гентамицин) и карбапенемы в редких случаях также имеют место быть, однако чаще всего их используют как альтернативный вариант и в составе комбинированной терапии. При тяжелом течении врач может сразу несколько антибиотиков из разных групп (комбинированная терапия), чтобы как можно скорее избавиться от инфекционного возбудителя. Иногда один антибиотик приходится заменить на другой, и происходит это в следующих случаях: Если через 2-3 дня после приема препарата состояние не улучшилось или, наоборот, ухудшилось, и температура продолжает держаться на прежних цифрах. При длительном лечении более 10-14 дней. В этом случае врач обязательно заменяет антибиотик для предотвращения развития привыкания организма ребенка к данному препарату.

б) Уросептики. Лекарственная терапия не ограничивается только антибиотиками – существуют и другие немаловажные группы лекарств, например, уроантисептики (налидиксовая кислота). Их назначают после курса антибиотиков детям старше 2 лет.

в) Витамины и иммуномодуляторы. Закончив курс основного лечения, обязательно нужно восстановить ослабленный иммунитет после болезни. С этой целью обычно назначают иммуномодуляторы (виферон, реаферон), и комплекс поливитаминов соответственно возрасту ребенка.

г) Лечение травами. Фитотерапия заболеваний почек давно доказала свою эффективность, однако она может проводиться только в комплексе с основными лекарственными препаратами. Хорошо зарекомендовали себя медвежья ушка, толокнянка, березовые почки, хвощ полевой. Эти растения обладают противовоспалительным и антисептическим действием, однако принимать их нужно длительным курсом [20, с.4].

Особенности стационарного лечения. Лечение пиелонефрита у детей до года проводится только(!) в стационаре под пристальным наблюдением медицинского персонала. Детей более старшего возраста при среднем или тяжелом течении также обязательно госпитализируют. Лечение острого пиелонефрита у детей старше 10 лет желательно всегда проводить в стационаре (даже при легкой степени тяжести) для того, чтобы вовремя провести комплекс диагностических процедур и выявить причину заболевания. В стационаре ребенок получит всю необходимую помощь в полном объеме.

1.3. Прогноз и профилактика пиелонефрита у детей

Острый пиелонефрит у детей заканчивается полным выздоровлением в 80% случаев. Осложнения и летальные исходы возможны в редких случаях, главным образом, у ослабленных детей с сопутствующей патологией. Исходом хронического пиелонефрита у 67-75% детей служит прогрессирование патологического процесса в почках, нарастание нефросклеротических изменений, развитие хронической почечной недостаточности. Дети, перенесшие острый пиелонефрит, наблюдаются нефрологом в течение 3-х лет с ежемесячным контролем общего анализа мочи [21, с.19]. Осмотры детского отоларинголога и стоматолога обязательны 1 раз в 6 месяцев.

Предупреждение пиелонефрита у детей связано с соблюдением мер гигиены, профилактикой дисбактериоза и острой кишечной инфекцией, ликвидацией хронических воспалительных очагов и укреплением сопротивляемости организма. Сроки проведения профилактической вакцинации устанавливаются в индивидуальном порядке. После любой перенесенной инфекции у детей необходимо исследовать анализ мочи. Для профилактики развития хронического пиелонефрита у детей следует адекватно лечить острые мочевые инфекции [17, с.24].

Сестринский уход при пиелонефрите у детей включает в себя мероприятия по контролю за соблюдением режима в период лихорадки (особенно актуально для детей 3-10 лет), контроль за соблюдением диеты, проведением своевременной гигиены и прочих мероприятий, которые обеспечивают создание комфортных условий для скорейшего выздоровления ребенка. Часто выбор лечения проводится вместе с детским хирургом-урологом для своевременного решения вопроса об устранении анатомических аномалий, если диагностирован вторичный острый или вторичный хронический пиелонефрит у детей. Физиотерапия зависит от тяжести заболевания, и чаще всего назначается физиотерапевтом после курса основного лечения, когда состояние ребенка нормализуется. Хорошо зарекомендовали себя ультразвуковые методы, УВЧ-терапия, магнитотерапия. Также при стихании воспалительного процесса показана лечебная физкультура в положении лежа или сидя, в зависимости от возраста и состояния ребенка.

Пиелонефрит, клинические рекомендации по лечению, которого зависят от формы болезни, представляет собой воспалительное заболевание почек. Факторы, влияющие на возникновение пиелонефрита: мочекаменная болезнь, неправильная структура мочевых каналов, почечные колики, аденома предстательной железы и др.

Симптомы острого воспаления почек: резкая боль в пояснице в спокойном состоянии и при пальпации; повышение артериального давления;

Клинические рекомендации по пиелонефриту включают в себя и соблюдение режима. В период острого воспаления следует:

Употреблять большое количество жидкости. Взрослому человеку нужно выпивать более 2 л жидкости в день. Детям – до 1,5 л. В этот период полезно пить кислые цитрусовые соки (грейпфрутовые, апельсиновые, лимонные). Дело в том, что кислая среда убивает бактерии, и процесс лечения пройдет быстрее и легче.

По статистике, около 20% населения Земли страдает хроническим пиелонефритом. Это воспалительное заболевание почек, которое может

развиться из острого пиелонефрита, но в основном возникает как отдельная болезнь.

Симптомы хронического воспаления почек: небольшая отечность ног в конце дня; повышенное артериальное давление.

Подтвердить диагноз могут анализы крови и мочи. В общем анализе крови будет пониженный гемоглобин, а в анализе мочи – повышенные лейкоциты и бактериурия. При хроническом заболевании делать УЗИ почек не имеет смысла – оно ничего не покажет. Важно понимать, что диагноз может поставить только врач. Заниматься самолечением не стоит.

При хроническом пиелонефрите лечиться можно и дома, но только если не повышается температура и артериальное давление, нет тошноты и рвоты, острых болей и нагноений. Для лечения врач должен выписать антибиотики и уросептики. Терапевтическое лечение длится не менее 14 дней.

Во время лечения, как и в случае с острым воспалением, стоит соблюдать режим: как можно больше отдыхать, не нагружать организм. Побольше лежать, а в первые дни болезни и вовсе соблюдать постельный режим. Не переохлаждаться. Выпивать около 3 л жидкости в день. Особо полезны брусничные или клюквенные морсы, фруктовые соки, минеральная вода без газа, отвар шиповника. На время лечения перестать употреблять кофе и алкоголь.

Любое заболевание легче предупредить, чем вылечить. Важно помнить про профилактические меры, которые направлены на предотвращение возникновения заболевания или перехода его в хроническую форму. Пиелонефрит у большинства пациентов возникает при попадании в почки высоковирулентной флоры восходящим путем, то есть из мочевого пузыря или мочеточников. Поэтому профилактика пиелонефрита в основном заключается в санации очагов инфекции (острых заболеваний или хронических). Однако, патология может быть и первичной. В таком случае целесообразно подумать об изменении образа жизни.

Если говорить о профилактике, то необходимо определить причину и этиологию пиелонефрита. Наличие у пациента какого-либо фактора риска или нескольких из них, означает только повышенную вероятность возникновения воспалительного процесса в почках.

Группу риска составляют люди:

С врожденными аномалиями и пороками развития мочеполовой системы.

Инфекциями наружных половых органов. У женщин они чаще осложняются пиелонефритом, что объясняется анатомическими особенностями.

Частыми вирусными или бактериальными респираторными заболеваниями либо наличием хронических очагов инфекции. Поэтому так важно регулярно посещать стоматолога, проходить профилактические осмотры. У женщин причинами пиелонефрита может быть вагинит или молочница.

Ведущие малоподвижный образ жизни, имеющие вредные привычки (курение, злоупотребление спиртными напитками). Это приводит к ослаблению общего иммунитета.

Возбудителем пиелонефрита чаще всего оказывается кишечная палочка. Она попадает в ткани почки восходящим путем при несоблюдении правил личной гигиены. Особенно это актуально для женщин.

На возникновение пиелонефрита трудно повлиять в том случае, если его причиной стало нарушение развития какого-либо участка мочеполовой системы. При этом отток мочи затрудняется, что значительно облегчает фиксацию патогенных микроорганизмов на поверхности здоровых тканей. Нарушение мочевыделения возможно при дивертикуле, удвоении уретры, эктопии мочеоточника.

Общие рекомендации по профилактике:

Здоровый образ жизни является основой профилактики не только острого или хронического пиелонефрита, но и многих других заболеваний. Для предотвращения возникновения патологии почек рекомендуется выпивать достаточное количество жидкости. В среднем эта цифра составляет до двух

литров в день. Однако нужно помнить, что при активном образе жизни и значительных физических нагрузках организм потребляет больше жидкости. Предпочтение отдается простой либо щелочным минеральным водам, морсам и компотам.

Необходимо помнить о правилах личной гигиены. Ежедневный туалет половых органов, нижнее белье из натуральных тканей предотвращают попадание инфекции в мочеиспускательный канал. Следует принимать душ до и после каждого полового акта. Для женщин и девушек это особенно важно, так как у них при несоблюдении правил интимной гигиены возрастает вероятность возникновения посткоитального цистита.

Активный образ жизни, регулярные занятия спортом способствуют повышению иммунитета и является хорошим способом профилактики возникновения пиелонефрита. Ученые считают, что физические упражнения стимулируют приток крови к внутренним органам, в том числе и почкам. Это существенно улучшает выведение продуктов обмена и ускоряет регенерацию клеток.

Профилактика пиелонефрита у детей занимает важное место как при острой, так и при хронической форме болезни. Она подразделяется на первичную и вторичную. Первичная профилактика (предотвращение развития болезни) включает своевременное устранение очагов хронической инфекции (кариозные зубы, хронический отит и тонзиллит), укрепление иммунитета и избегание переохлаждений, личная гигиена (особенно тщательная гигиена наружных половых органов). Вторичная подразумевает под собой предупреждение обострений и включает рекомендации врача: соблюдение противорецидивной терапии, систематическое наблюдение, а также все вышеперечисленные мероприятия первичной профилактики [9, с.40].

Как острый, так и хронический пиелонефрит у детей предполагает динамическое наблюдение у детского уролога, нефролога или педиатра с периодическим исследованием мочи и УЗИ почек:

- после острого или эпизода обострения хронического – 1 раз в 10 дней;

- в период ремиссии – 1 раз в месяц;
- в первые 3 года после лечения – 1 раз в 3 месяца;
- До 15 лет – 1 или 2 раза в год.

Систематическое наблюдение позволит избежать отдаленных осложнений болезни: хронической почечной недостаточности, артериальной гипертензии, мочекаменной болезни.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика базы исследования

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская областная клиническая больница» г. Белгорода – крупный медицинский центр, оказывающий специализированную и высокотехнологичную помощь детям Белгородской области.

Больница открыта в 1976 году проектной мощностью на 300 коек. В настоящее время на прежних площадях развернуто 593 койки + 9 реанимационных + 30 дневного стационара. В своем составе имеет 19 клинических, 11 вспомогательных отделений, консультативно-диагностический центр на 500 посещений в смену. Оснащена больница современным диагностическим и лечебным оборудованием. Ежегодно проходят лечение более 12 000 детей, из которых 60% проживает в сельской местности, проводится более 6000 операций. 120000 детей получает высокоспециализированную амбулаторно-консультативную помощь. КДЦ ведет прием по 28 специальностям, многие из которых имеются только в детской областной больнице.

В последние годы получили развитие такие специализированные виды медицинской помощи, как уроандрология, нейрохирургия, онкогематология, эпилептология, хирургия раннего детского возраста. Создан центр репродуктивного здоровья. Организована работа дневного стационара на 30 коек. Лечение больных осуществляется на бесплатной основе. Реанимационно-консультативного центр осуществляет динамическое наблюдение за больными детьми лечебно-профилактических учреждений области до стабилизации состояния.

Педиатрическое отделение №1.

Врачи отделения:

- врач-нефролог, педиатр высшей квалификационной категории, Отличник здравоохранения РФ Саратовкина Нина Ивановна.
- врач-педиатр высшей квалификационной категории; детский эндокринолог, Заслуженный врач РФ, Семенова Галина Дмитриевна.
- врач-нефролог, педиатр Криворутченко Ирина Васильевна.

Педиатрическое отделение на 47 коек работает с 1976 года и выполняет функции оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной помощи детям области с различной патологией.

Структура коек представлена следующим образом:

- нефрологические;
- эндокринологические;
- педиатрические;
- кардиологические;
- паллиативная;

В отделение госпитализируются дети с различными вариантами гломерулонефрита; обменными нефропатиями, инфекцией мочевыводящих путей (хронический цистит, хронический пиелонефрит различного генеза); страдающие дисфункцией мочевого пузыря, хронической болезнью почек.

Объем проводимых обследований в отделении при нефрологической патологии включает: клинический анализ крови, мочи, развернутый биохимический анализ мочи, функциональные исследования мочевого пузыря, ультразвуковую диагностику, рентгеноурологическое обследование, компьютерную томографию, включая доплерографию, МРТ почек.

Помощь, оказываемая детям:

- при патологии роста проводится дифференциальная диагностика конституционально-соматогенных, генетических и эндокринологических форм задержки роста;

- при врожденной дисфункции коры надпочечников проводится полный гормональный контроль с подбором дозы заместительной терапии на всех этапах детства и подросткового периода;
- при заболевании щитовидной железы проводится ультразвуковая диагностика с ЦДК, пункционная биопсия при узловой патологии, исследование гормонов щитовидной железы.

Больным с сахарным диабетом проводится подбор дозы инсулина, постановка инсулиновых помп, суточное мониторирование глюкозы. Функционирует «Школа диабета», которая призвана обучать больного ребенка и родителей пониманию заболевания, оказанию неотложной помощи.

В отделении оказывается помощь детям с кардиологической патологией.

Имеется возможность госпитализации детей с другой патологией (заболеваниями ЖКТ, муковисцидозом, бронхиальной астмой, крапивницей).

Педиатрическое отделение №2.

Педиатрическое отделение №2 организовано одновременно с открытием ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» в 1976 году. Отделение прошло сложный путь становления, формирования, совершенствования, чтобы соответствовать статусу областного учреждения.

Бессменным руководителем до 2004 года была Сиротенко Ольга Семеновна, врач высшей квалификационной категории, кавалер ордена «Знак почёта». С 2005 года до настоящего времени заведует отделением Сысоева Н.Я., награждённая почётной грамотой губернатора Белгородской области, с 1984 года старшая медицинская сестра Бондарева Л.В., медицинская сестра высшей категории, награждённая почётными грамотами губернатора Белгородской области и министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Обеспечивают круглосуточную работу отделения 17 медицинских сестёр, из них 10 имеют высшую квалификационную категорию, 2 первую категорию. С момента организации отделения работают 5 сотрудников – ветеранов больницы (врачи, медицинские сёстры, сестра-хозяйка).

Отделение рассчитано на 33 койки. Палаты двухместные. Госпитализация ведётся по принципу «Мать и дитя» с месячного возраста до четырёх лет.

Отделение обеспечено необходимым современным медицинским оборудованием и аппаратурой, на базе отделения функционирует физиотерапевтический кабинет.

Ежегодно в среднем в отделении получают квалифицированную помощь более 750 малышей.

Основной контингент больных, госпитализируемых в отделение, дети с заболеваниями:

- органов дыхания (бронхит, пневмония),
- бронхолегочная дисплазия,
- желудочно-кишечного тракта (гастродуоденит, гепатит, целиакия, лактазная недостаточность и др.),
- мочевой системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, врождённая почечная патология),
- иммунной системы (иммунодефицит),
- цитомегаловирусная инфекции,
- врождённые пороки сердца.

Отделение является клинической базой для медицинского факультета НИУ «БелГУ» г. Белгород.

2.2. Анализ статистических показателей распространенности пиелонефрита у детей

Для решения поставленных целей и задач был проведен анализ данных по распространенности пиелонефрита среди разных возрастных категорий. Оценив полученные результаты можно сказать, что в детском и подростковом возрасте девочки пиелонефритом болеют чаще, чем мальчики 90% и 10% соответственно (Рис. 1). Наибольшее число случаев пиелонефрита у детей

регистрируется в дошкольном возрасте. Острый пиелонефрит в 3 раза чаще диагностируется у девочек, что обусловлено особенностью женской анатомии нижних отделов мочевых путей (более широким и коротким мочеиспускательным каналом). Взрослые женщины страдают пиелонефритом чаще, чем мужчины 80% и 20%. В пожилом возрасте к заболеванию больше склонны мужчины (60%) чем женщины (40%).

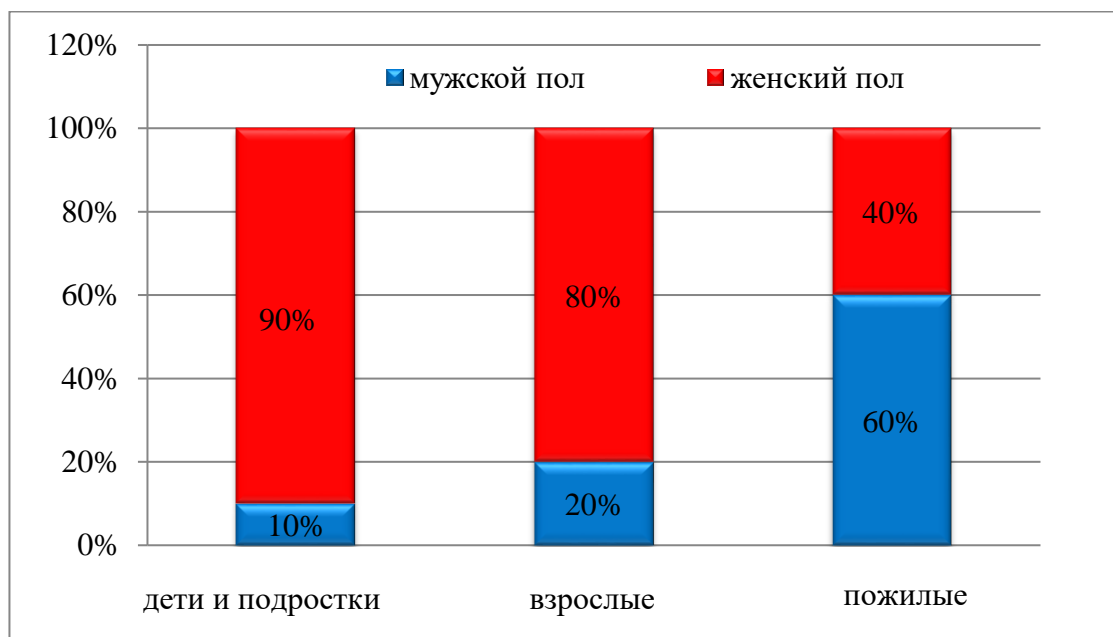


Рис. 1. Распространенность пиелонефрита по возрасту и полу

Также нами проведен анализ статистических данных распространенности пиелонефрита за период 2016-2018 гг., среди детей находящихся на лечении в педиатрическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», данные которого представлены в таблице.

Таблица.

Распространенность пиелонефрита за период 2016-2018 гг.

Патология	Всего случаев			Итого
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	
Острый и хронический пиелонефрит	86	97	113	296

Проанализировав данные распространенности пиелонефрита среди детей в возрасте до 17 лет в педиатрическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» за период 2016-2018 гг можно сказать, что к 2018 году наблюдается значительный рост заболеваемости острым и хроническим пиелонефритом (Рис. 2), это может быть связано с тем, что по распространенности пиелонефрит стоит на втором месте после ОРВИ у детей, и между этими заболеваниями существует тесная взаимосвязь. Так, в детской урологии каждый 4-ый случай пиелонефрита у ребенка раннего возраста является осложнением острой респираторной инфекции.

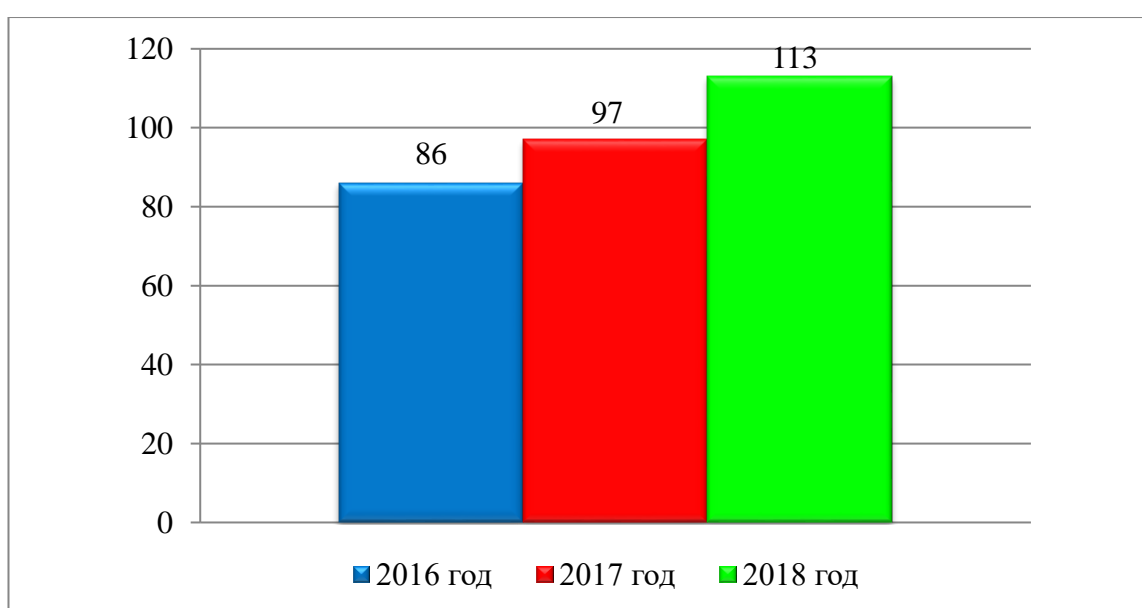


Рис. 2. Распространенность пиелонефрита за период 2016-2018 гг.

Подтверждение диагноза устанавливается после микробиологического исследования, которое в течение нескольких дней доказывает количество и тип присутствующих бактерий.

Бактериологический посев позволяет обнаружить урогенитальные инфекции. Одновременно делаются иммуноферментные пробы (ИФА). Бактериологический посев выявляет в моче микроорганизмы и среди них – доминирующего возбудителя заболевания. Это позволяет правильно подобрать терапию.

В результате анализа данных бактериологического посева мочи можно сказать, что самым распространенным этиологическим агентом, вызывающим пиелонефрит у детей, является кишечная палочка 49%; также обнаруживаются протей 10,6%, клебсиелла 10,6% и др. (Рис. 3).

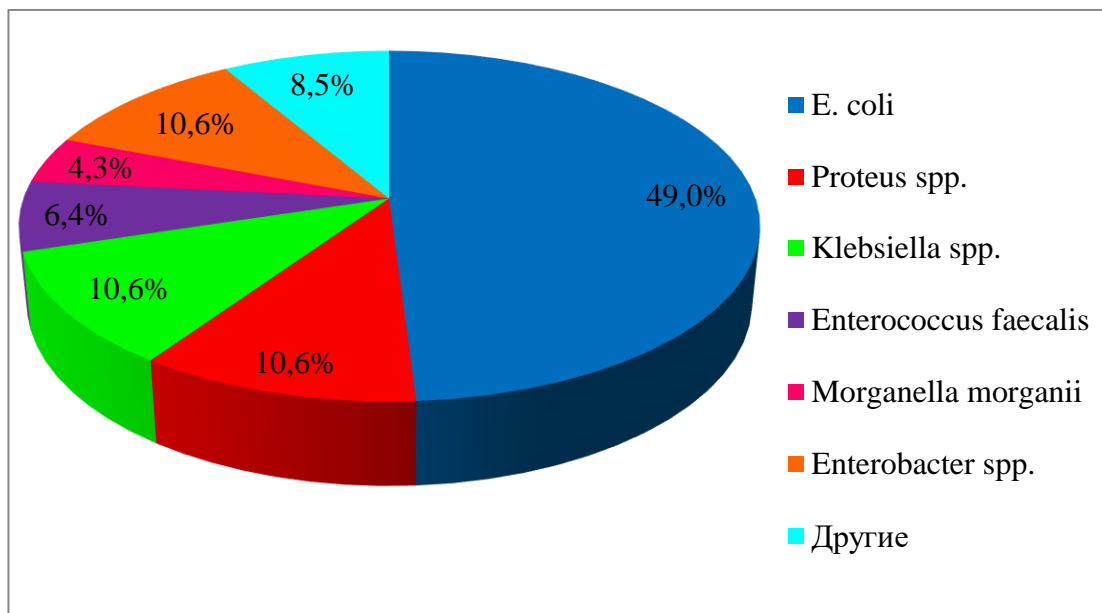


Рис. 3. Этиология пиелонефрита

Статистику распространенности острого и хронического пиелонефрита можно оценить по рисунку 4.

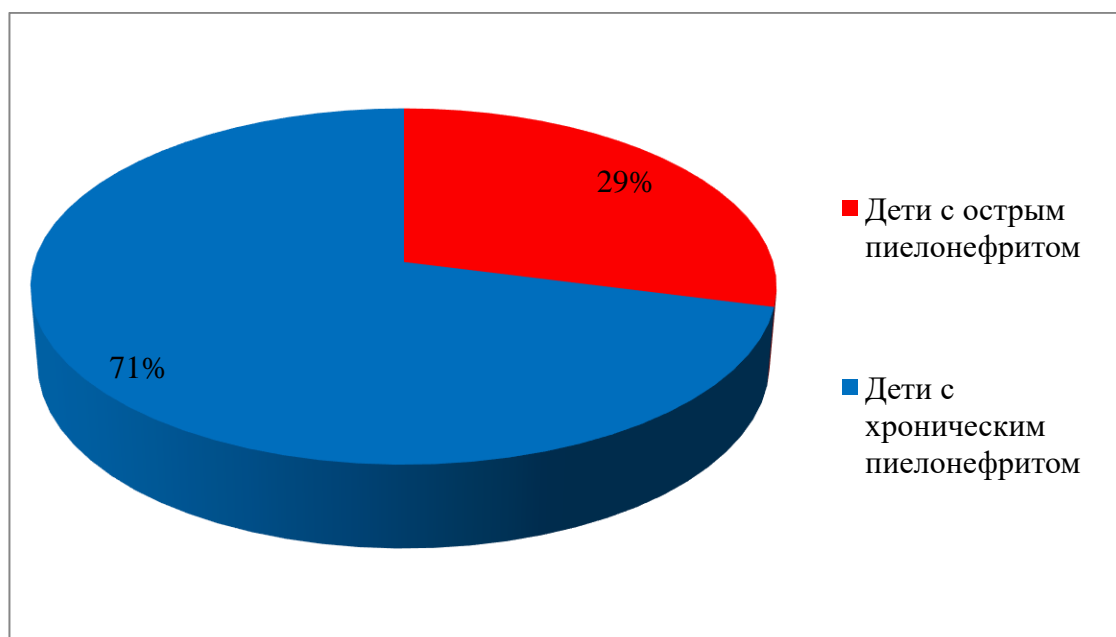


Рис. 4. Распространенность острого и хронического пиелонефрита

Проанализировав статистические данные распространенности острого и хронического пиелонефрита педиатрического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», можно сказать, что чаще (71%) дети страдают хроническим пиелонефритом.

2.3. Результаты социологического исследования особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей

Профилактика в медицине, совокупность мер по укреплению здоровья, предупреждению и устранению причин заболеваний человека.

Велика и значима роль медсестры в профилактике заболеваний самого различного характера в самых разнообразных отраслях медицины. Медицинская сестра находится возле пациента и тем более если пациенты – дети, большую часть своего рабочего времени и значительно дольше по сравнению с врачом. И она имеет право и обязана доносить знания о профилактике заболеваний различных органов и систем, а также инфекционных болезнях.

Важной задачей в нашем исследовании было провести социологическое исследование и выявить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей, с этой целью нами была составлена анкета в основном для родителей, дети которых страдают пиелонефритом и находились на лечении в педиатрических отделениях №1 и №2 ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

В ходе этапа сбора информации было опрошено 47 родителей дети которых были разного пола и возраста. В письменной форме они заполнили разработанные анкеты. Перед заполнением анкеты, опрашиваемым, в устной форме, объяснялась цель исследования, давались инструкции. В результате чего были получены данные, которые представлены в виде диаграмм.

Возраст детей распределился следующим образом (Рис. 5): от 16-ти до 18-ти лет–37%, от 11 до 15-ти– 18%, от 7-ми до 10-ти –25%, от 3-х до 6-ти лет– 17%, от 0-ля до 2-х лет–3%.

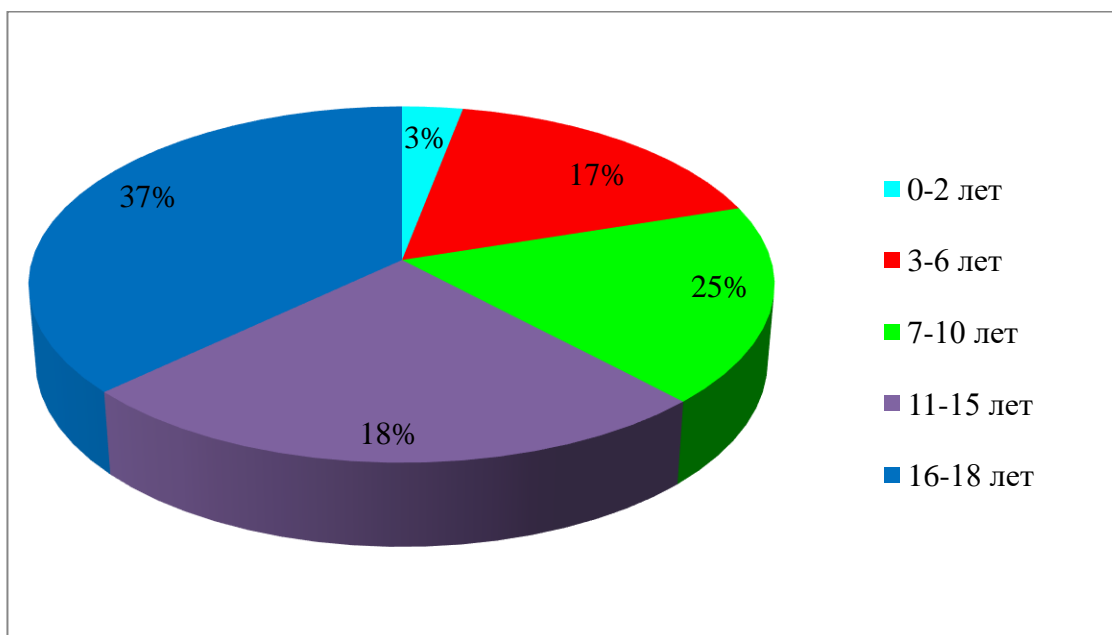


Рис. 5. Распределение респондентов по возрасту

Диаграмма показывает, что большинство опрошенных детей, с заболеваниями почек – это дети в возрасте от 15-ти до 17-ти лет.

В ходе анкетирования установлено, что 70% опрошенных составляют девочки, а 30% – мальчики (Рис. 6).Рис.

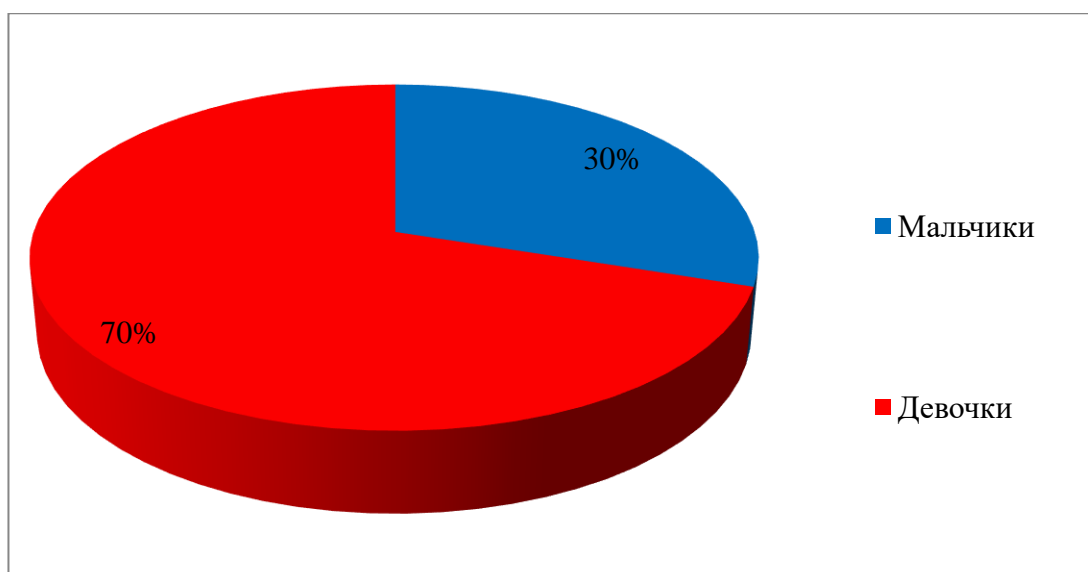


Рис. 6. Распределение респондентов по полу

Такое распределение между мальчиками и девочками наблюдается, скорее всего, из-за анатомо-физиологических особенностей женской мочевыделительной системы. Длина уретры у девочек в разы короче, чем у мальчиков, что и является фактором риска для заноса инфекций.

Среди всех опрошенных большую часть составляют жители области 75%, а городские жители составили – 25% (Рис. 7).

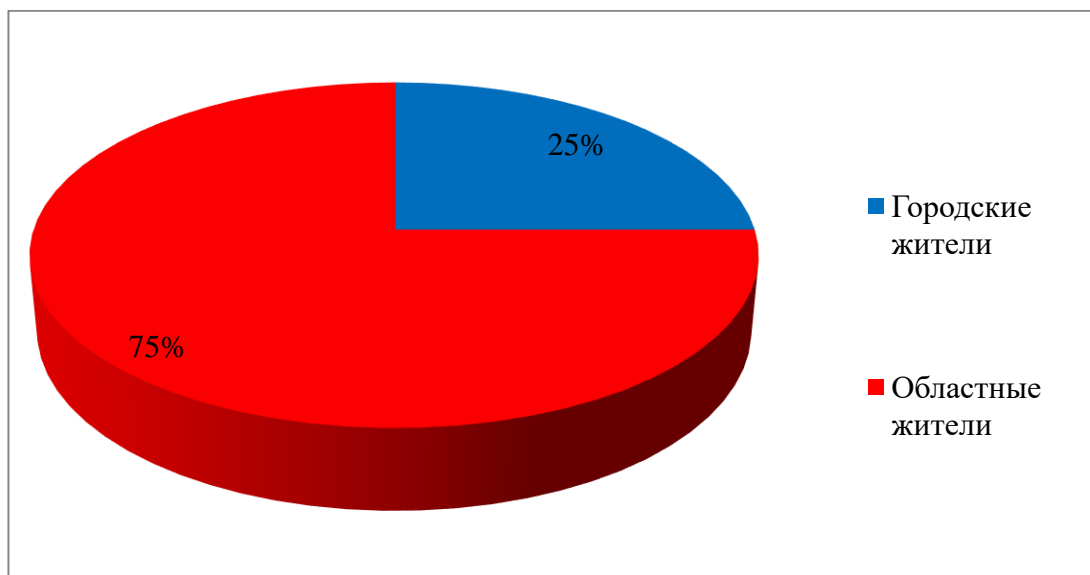


Рис.7. Распределение респондентов по месту жительства

Проанализировав результаты анкеты, можно сказать следующее, что 50% опрошенных детей находящихся на лечении переносят острые респираторные заболевания один раз в год, 35% – 2 раза в год, а 15% еще чаще (Рис. 8).

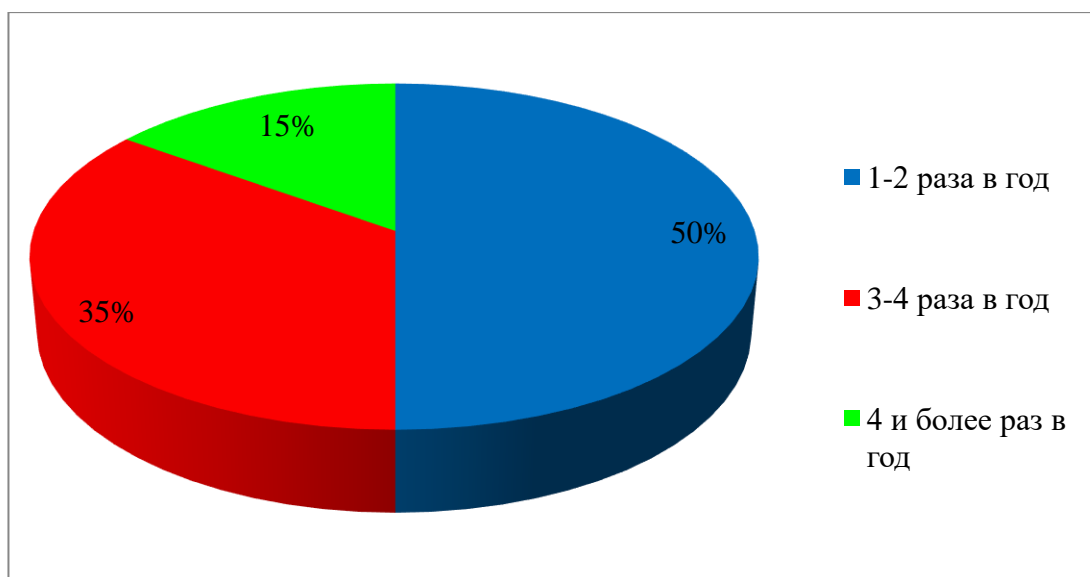


Рис.8. Частота заболеваний ОРВИ среди респондентов

Основываясь на полученных данных, можно сказать, что половина респондентов часто болеют вирусными заболеваниями, что негативно сказывается на функции почек и приводит к развитию пиелонефрита.

В ходе анкетирования выявлено, что наличие обострений пиелонефрита у 55% опрошенных наблюдалось два раза в год, один раз в год у 13%, у 7% три и более раз в год и у 25% пиелонефрит впервые выявлен (Рис. 9).

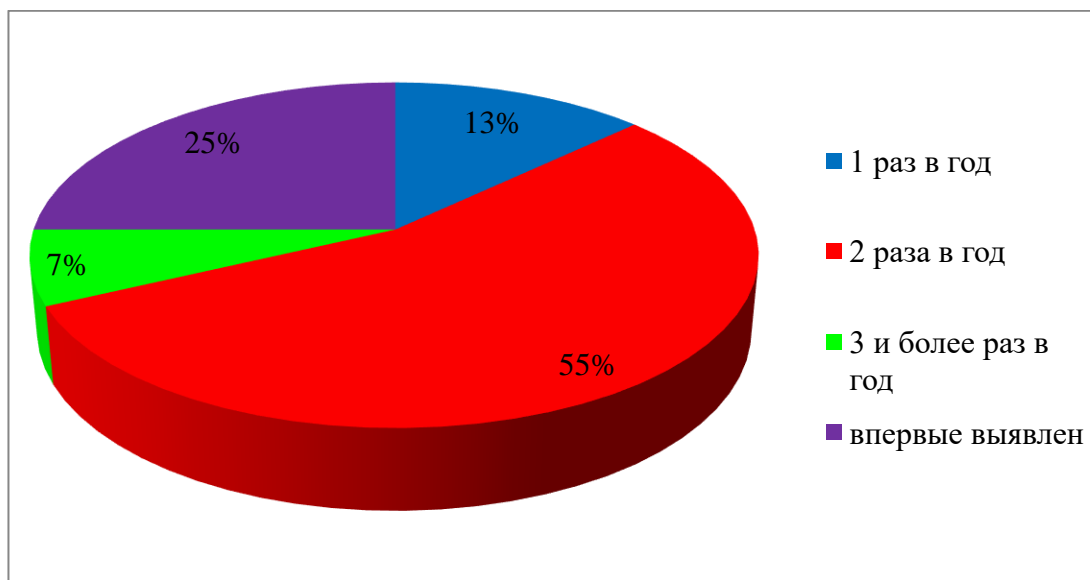


Рис.9. Распределение наличия обострений у респондентов

Для того чтобы оценить профессиональную деятельность медицинских сестер, родителям был задан вопрос: «Оцените профессиональную деятельность медицинской сестры в отделении по 10-бальной шкале».

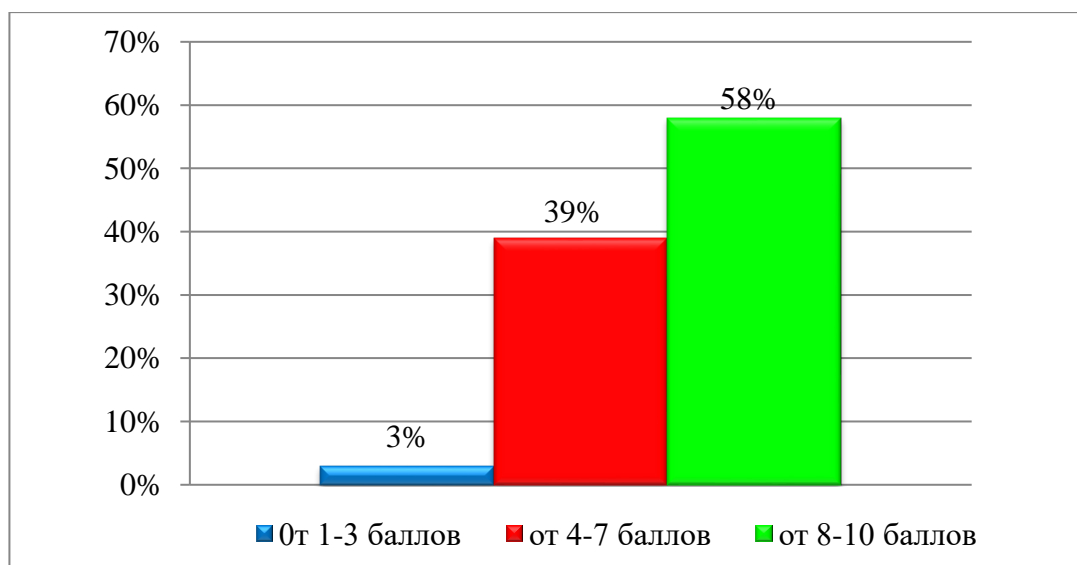


Рис.10. Оценка профессиональной деятельности медицинской сестры

Анализ ответов на вопрос «Оцените профессиональную деятельность медицинской сестры в отделении по 10-бальной шкале?» представлен на Рисунке 10. Данные показывают, что большинство респондентов (58%) высоко оценивают профессиональную деятельность медицинской сестры.

Исходя из этого следующий вопрос: «Какие качества медсестры вы цените больше всего милосердие, сопереживание, чуткость, внимание, забота профессионализм, стаж работы, возраст и т.д.

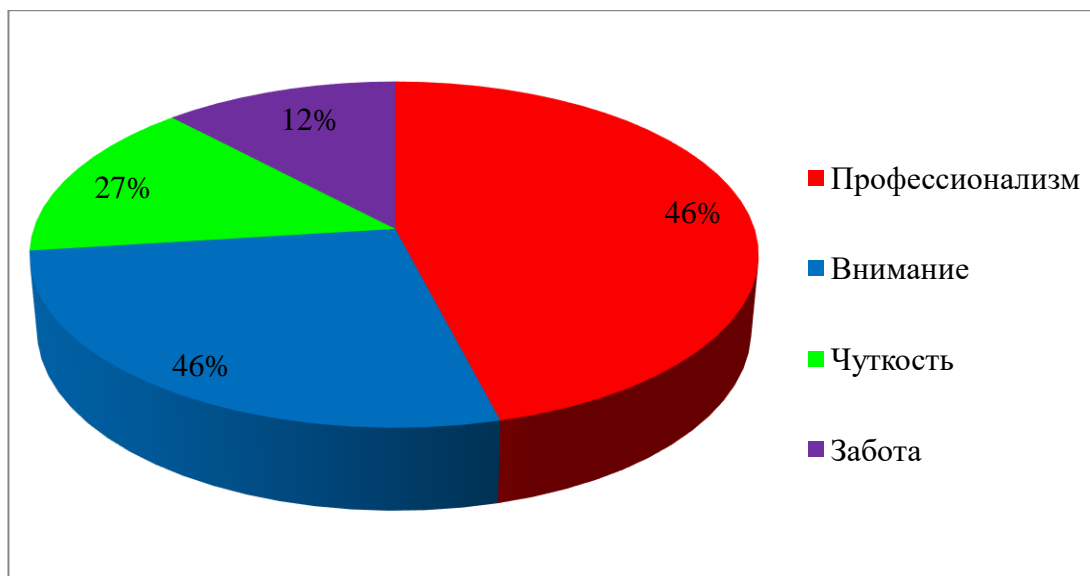


Рис. 11. Качества медицинской сестры

Проанализировав данные, можно сказать, что самыми основными качествами, которыми должна обладать медицинская сестра, по мнению респондентов являются: профессионализм 46%, внимание 46%, чуткость 27% и забота 12%.

На поставленный вопрос: «В чем выражаются данные качества?» мнение опрошенных распределилось следующим образом: умение слушать – 29%, умение объяснять – 23%, качественное выполнение манипуляций – 35%, любовь к детям – 13% (Рис. 12).

Из перечисленных качеств, практически все респонденты чаще всего выделяли: умение слушать, умение объяснять, качественное выполнение манипуляций, любовь к детям.

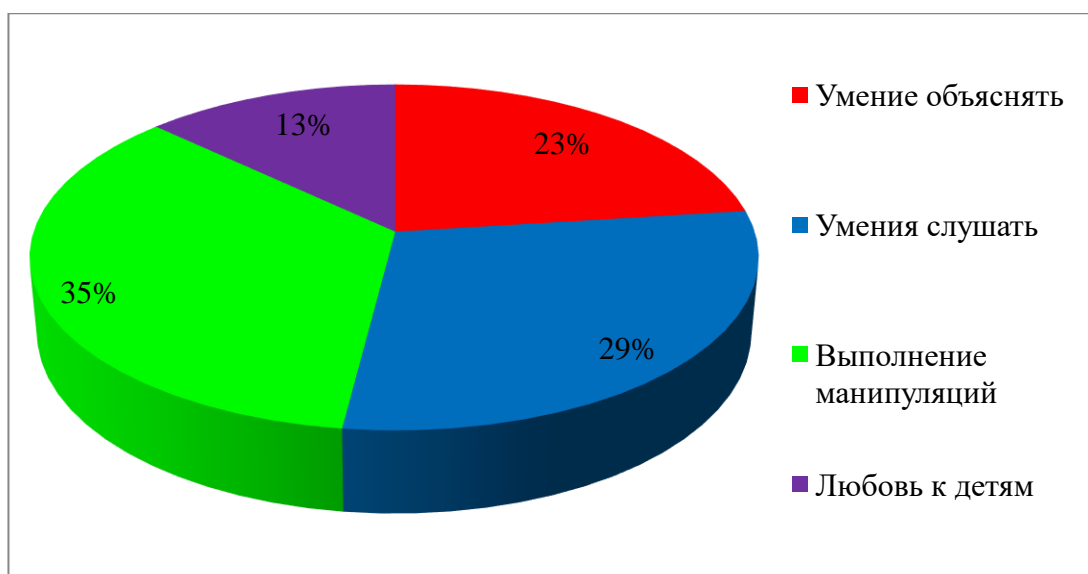


Рис. 12. Качества присущие медицинской сестре

Следующий вопрос, который был задан респондентам: «Знаете ли Вы о заболевании своего ребенка и из каких источников Вы знаете о таком заболевании как пиелонефрит?» (Рис.13).

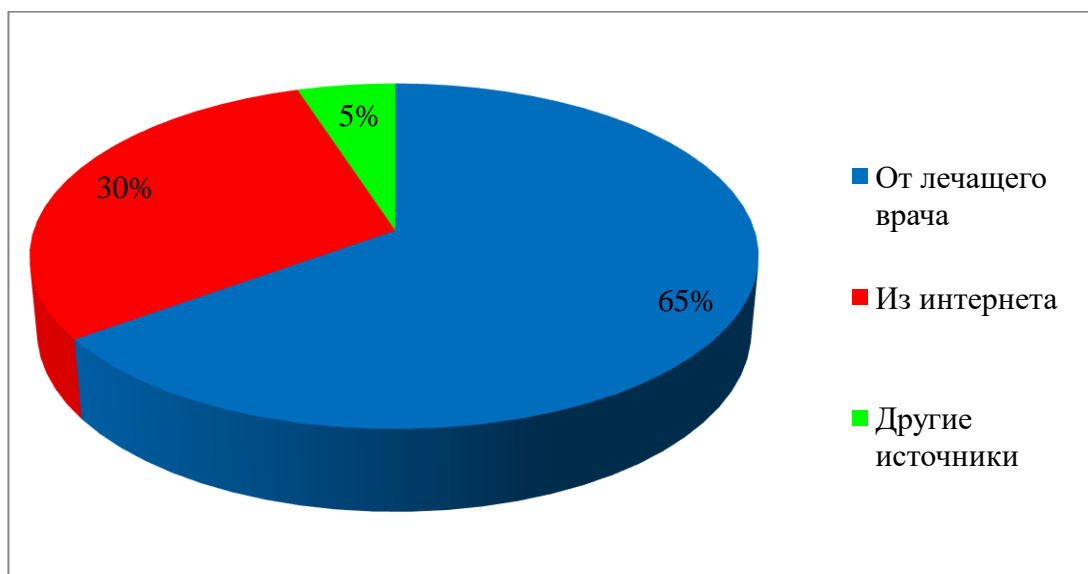


Рис. 13. Информированность о заболевании

Отвечая на вопрос об источниках информации о заболевании, выяснено, что 65% опрошенных получили информацию о своем заболевании от лечащего врача, 30% из интернета и 5% указали на другие источники.

На поставленный вопрос: «Знаете ли Вы о профилактике пиелонефрита, если да, то из каких источников?» респонденты ответили следующим образом:

из санбеллютеней – 45%, от медицинской сестры – 38% и непосредственно от лечащего врача – 17% (Рис.14).

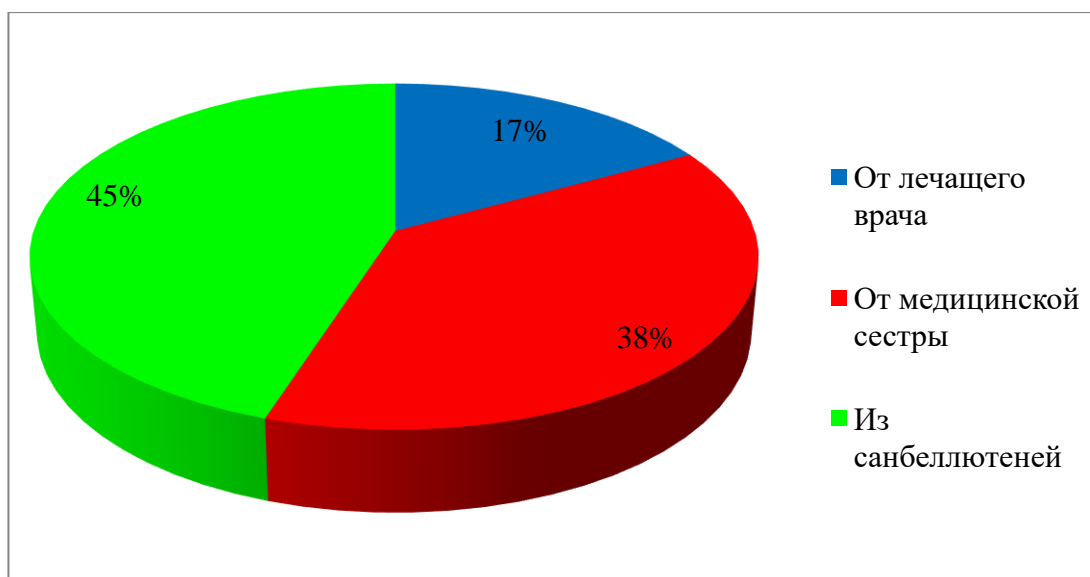


Рис. 14. Информированность респондентов о профилактике пиелонефрита

Профилактика пиелонефрита у детей занимает важное место как при острой, так и при хронической форме болезни. Она подразделяется на первичную и вторичную. Первичная профилактика (предотвращение развития болезни) включает своевременное устранение очагов хронической инфекции (кариозные зубы, хронический отит и тонзиллит), укрепление иммунитета и избегание переохлаждений, личная гигиена (особенно тщательная гигиена наружных половых органов). Вторичная подразумевает под собой предупреждение обострений и включает рекомендации врача: соблюдение противорецидивной терапии, систематическое наблюдение, а также все вышеперечисленные мероприятия первичной профилактики.

Своевременное оповещение о профилактике пиелонефрита позволит избежать отдаленных осложнений болезни: хронической почечной недостаточности, артериальной гипертензии, мочекаменной болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пиелонефрит – упрощенное название тубулоинтерстициального инфекционного нефрита – воспалительного процесса, протекающего в чашечно-лоханочной системе почек, канальцах и тканях органа. Опасность заболевания пиелонефритом в детском возрасте заключается в том, что оно может вызвать необратимые изменения в структуре и работе почек ребенка, например, в нарушении местного кровообращения. В более старшем возрасте после перенесенной в детстве болезни увеличивается вероятность отложения камней и появление новообразований. Таким образом, пиелонефрит – это очень серьезное и опасное заболевание, которое может значительно повлиять на жизнь и здоровье ребенка. Бывают разные причины пиелонефрита у детей – воспаление начинается с атаки вирусов, бактерий, грибов или простейших. Основной возбудитель при этом заболевании – кишечная палочка, следующие по частоте причины возникновения: золотистый стафилококк, протей, вирусы. Болезнь может возникнуть из-за нескольких возбудителей сразу.

Заболевания мочевыделительной системы лучше предупредить, чем лечить. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, гигиены, соблюдения режима и диеты. Мочевыделительные пути не стерильны, они контактируют с внешней средой, и поэтому у детей с раннего возраста есть риск попадания в них вредных микроорганизмов. Когда выявлен пиелонефрит у детей лечение обязательно основывается на лечебной диете. В рационе преобладают растительно-белковые продукты, корректирующие нарушение обмена веществ и не перегружающие почки. Исключаются пряности, копчености, острые и жирные блюда. Ребенку показана диета №5 по Певзнеру, количество соли можно не ограничивать, а вот жидкости пить малыш должен на 50% больше, чем рекомендовано по возрасту. После выписки раз в месяц нужно сдавать анализ мочи, раз в полгода делать УЗИ почек. Чтобы предотвратить пиелонефрит у ребенка в дальнейшем 5 лет ребёнок остается на

учете, после чего может быть снят, если за это время не было рецидивов пиелонефрита и не принимались антибиотики, уросептики от воспаления мочеполовых путей. Если локальные и общие защитные силы ребенка достаточно крепкие, то узнать, что такое пиелонефрит, его родителям вряд ли придется.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными детьми, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм ребёнка. В связи с этим возрастает роль профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей.

По результатам проведенного исследования нами выявлено, что профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей проводится медицинскими сестрами отделения, но имеет ряд недостатков:

1. Пациенты в подавляющем большинстве не выполняют рекомендаций.
2. Пропаганда сохранения здоровья и его поддержание, находятся не на должном уровне.
3. Многие пациенты находят информацию о заболевании в сети интернет, которая может быть недостоверной.
4. Многие пациенты не имеют представления о профилактике пиелонефрита.

По результатам проведенного исследования, нами была разработана **программа рекомендаций** по улучшению качества работы сестринского персонала:

1. Объяснять родителям и детям сущность их пребывания в стационаре;
2. Проводить беседы с родителями о профилактике заболевания, с которым лежат их дети в стационаре;
3. Соблюдение этики и деонтологии при работе с детьми и их родителями
4. Повышение качества лечебно-профилактической помощи.

Для достижения положительных результатов нами были разработаны практические рекомендации по профилактике пиелонефрита и разработана схема-буклет (Приложение 2).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для того чтобы предотвратить возникновение острого воспалительного процесса необходимо соблюдать определенные правила. В первую очередь детям, которые входят в группы риска, нужно пройти профилактический медицинский осмотр. Для исследования функции почек 1 раз в 6 месяцев рекомендуется сдавать общий анализ крови и мочи. Даже при небольших отклонениях от нормы врач должен направить пациента на дополнительное обследование.

К основным методам профилактики необходимо отнести санацию хронических очагов инфекции, особенно стрептококковой. Большую опасность представляют воспалительные процессы в ротовой полости, тонзиллиты. Современное выявление и лечение цистита или уретрита также играет первостепенную роль в профилактике острого пиелонефрита. Это позволяет предотвратить попадание инфекции в паренхиму почек восходящим путем.

При заболевании острым пиелонефритом очень важно провести все лечебные мероприятия и не позволить процессу перейти в хроническую форму. В основе этого лежит длительная антибактериальная терапия с последующим диспансерным наблюдением за пациентами.

Важно пройти курс лечения полностью и до конца. Очень часто ранее прекращение приема антибактериальных препаратов является причиной перехода острой формы заболевания в хроническую. После завершения курса приема антибиотиков и нормализации состояния и исчезновения симптомов развивается резистентность патогенной флоры к данной группе препаратов. Это значит, что бактерии не погибли, а ослабли. И при рецидиве заболевания излечиться будет уже гораздо труднее.

Пациенты, перенесшие острый пиелонефрит, находятся на Д-учете в течение 1 года. За это время необходимо ежемесячно посещать участкового педиатра или семейного врача и сдавать мочу для общего анализа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аничкова, И.В. Опыт применения препарата Канефрон-Н у детей с вторичным хроническим пиелонефритом [Текст] / И.В. Аничкова, Т.В. Карпова, М.И. Левченко // Материалы XV Российского конгресса по детской нефрологии. Воронеж, 2016. – С.16-17.
2. Бейли, Р.Р. Пиелонефрит [Текст] / Р.Р. Бейли // Руководство по нефрологии /под ред. Дж.А. Виттворт, Дж.Р. Лоренса. М.: Медицина, 2010. – С.246-261.
3. Борисов, И.А. Пиелонефрит [Текст] / И.А. Борисов // Нефрология: Руководство для врачей /под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2015. – С.38-49.
4. Бухарин, О.В. Клинико-микробиологическое обоснование ранней диагностики пиелонефрита у детей [Текст] / О.В. Бухарин, А.А. Вялкова, В.А. Гриценко // Рос.педиатрический журнал. 2013. – №2. – С.42-47.
5. Вострикова, М.В. Оптимизация диагностики инфекции мочевой системы у детей [Текст] / М.В. Вострикова, А.А. Вялкова, В.А. Гриценко // Материалы VI Российского конгресса по детской нефрологии. М., 2017. – С.5-7.
6. Вялкова, А.А. Микробиологические критерии бактериурии у детей с латентным пиелонефритом [Текст] / А.А. Вялкова, О.В. Бухарин, В.А. Гриценко и др. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2016. – №6. – С. 54-59.
7. Гасилина, Е.С. Пиелонефрит у детей раннего возраста [Текст] / Е.С. Гасилина, Г.А. Маковецкая, Л.И. Мазур // Материалы XIII Российского конгресса педиатров-нефрологов России. С-Пб, 2013. – С.99-100.
8. Гельдт, В.Г. Диагностика пороков мочевыделительной системы у новорожденных и грудных детей [Текст] / В.Г. Гельдт, Г.И. Кузовлева / Педиатрия. – 2016. – №1. – С.87-94.
9. Гриценко, В.А. Факторы риска развития пиелонефрита у детей [Текст] / В.А. Гриценко, О.В. Бухарин, А.А. Вялкова // Российский вестник педиатрии и перинатологии. 2019. – №1. – С.34-40.

10. Зыкова, Л.С. Особенности пиелонефрита у детей грудного возраста [Текст] / Л.С. Зыкова, Э.М. Тухватуллина, О.В. Мотыженкова, О.К. Любимова // Рос. педиатрический журнал. 2013. – №2. – С.8-10.
11. Калугина, Г.Б. Хронический пиелонефрит [Текст] / Г.Б. Калугина, Н.С. Клушанцева, Л.Ф. Шехаб. М.: Медицина, 2013. – 415 с.
12. Коровина, Н.А. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей: пособие для врачей. 4-е изд., испр. и доп. [Текст] / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Э.Б. Мумладзе, Л.П. Гаврюшова. – М., 2013. – 71 с.
13. Малкович, А.В. Причины формирования хронического пиелонефрита и методы его диагностики [Текст] / А.В.Малкович, В.А.Гаврилова, М.Б.Сагалович и др. // 2017. – №1. С.37-40.
14. Осмолева, Т.С. Характеристика часто рецидивирующих форм хронического пиелонефрита у детей [Текст] / Т.С. Осмолева, В.Г. Саватеева, Н.Е. Копылова и др. // Материалы XII съезда педиатров-нефрологов России. М., 2018. – С.33-34.
15. Сабирова, А.В. Патология мочевыделительной системы у новорожденных [Текст] / А.В. Сабирова, А.В. Якимова и др. // Материалы XVI Российского конгресса по детской нефрологии. М., 2017. – С.99-100.
16. Савина, О.В. Состояние функций почек при антибактериальной терапии пиелонефрита у детей [Текст] / О.В. Савина, Н.А. Коровина, И.Н. Захарова // Материалы XIII Российского конгресса педиатров-нефрологов России. – С-Пб, 2013. – С.153.
17. Сафина, А.И. Клинико-патогенетическая роль бактериальных и вирусных инфекции в развитии и ипрогрессировании пиелонефрита у детей: автореф. дис. . д-ра мед.наук /А.И. Сафина. Н.Новгород, 2015. – 46 с.
18. Силина, Э.М. Пиелонефрит у новорожденных и детей первого года жизни. Вопросы этиологии и патогенеза, клиника и течение: автореф. дис. . д-ра мед.наук /Э.М. Силина. М., 2014. – 34 с.

19. Царегородцев, А.Д. Актуальные проблемы детской нефрологии [Текст] / А.Д. Царегородцев // Материалы XIII Российского конгресса педиатров-нефрологов России. С-Пб, 2013. – С.3-6.

20. Челпаченко, О.Е. Экспериментальное обоснование рациональной терапии пиелонефрита у детей под контролем персистенции возбудителя // автореф. дис. канд.мед.наук / О.Е. Челпаченко. Челябинск, 2013. – 23 с.

21. Яцык, П.К. Бактериальные инфекции мочевой системы у новорожденных детей [Текст] / П.К. Яцык, Т.Б. Сенцова, Д.Т. Атаева и др. // Педиатрия. – 2016. – №1. – С. 19-22.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

«Исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике пиелонефрита у детей»

Уважаемые пациенты (родители)!

Предлагаем Вам ответить на вопросы нашей анкеты!

1. Укажите возраст Вашего ребенка.
 2. Укажите пол Вашего ребенка.
 3. Укажите место жительства.
 - а) город
 - б) область.
 4. Как часто Ваш ребенок переносит ОРВИ?
 - а) 1-2 раза в год
 - б) 3-4 раза в год
 - в) 4 раза и более.
 5. Как часто Ваш ребенок переносит обострение пиелонефрита?
 - а) 1 раз в год
 - б) 2 раза в год
 - в) 3 и более
 - г) выявлен впервые.
 6. Оцените профессиональную деятельность медицинской сестры в отделении по 10-бальной шкале, где 1 очень низкая оценка, 10 высоко цените.
 7. Какие качества медсестры Вы цените больше всего милосердие, сопереживание, чуткость, внимание, забота профессионализм, стаж работы, возраст и т.д.
-
-

8. В чем выражаются данные качества на Ваш взгляд?

9. Знаете ли Вы о заболевании своего ребенка и из каких источников Вы знаете о таком заболевании как пиелонефрит?

10. Знаете ли Вы о профилактике пиелонефрита, если да, то из каких источников

Спасибо за уделенное время!

ПИЕЛОНЕФРИТ:

НЕ ДОПУСТЬ ХРОНИЗАЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЙ

Пиелонефрит – воспалительное заболевание, при котором поражаются чашечно-лоханочная система и паренхима почек. Разделяют острый и хронический пиелонефрит.

Хронический пиелонефрит – это следствие острого пиелонефрита или наличие каких либо хронических заболеваний.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Ранний возраст.
- Наличие обструктивной уропатии.
- Лихорадка, интоксикация, дегидратация
- Переохлаждения (простудный фактор).
- Иммунодефицитные состояния.

ПРИЧИНЫ

- Возбудители пиелонефрита – бактерии рода *Escherichia*? *Proteus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus* и др.
- Пути информирования: восходящий (по мочевым путям) и гематогенный (перенос бактерий с током крови из другого очага инфекции).

СИМПТОМЫ

- Лихорадка с ознобом, головной болью и ломотой в мышцах



- Область почек: тупые боли в области поясницы



- Циститы, уретриты, почечная колика, энурез, конкременты в мочевыводящих путях



ПРОФИЛАКТИКА

- Профилактический приём антибактериальных препаратов короткими курсами в течение года
- Снижение потребления соли до 5г в сутки.
- Питьевой режим – до 2 л в сутки
- Избегать острой, жаренной и консервированной пищи.
- Избегать переохлаждения.
- Закаливание.

ДИАГНОСТИКА

Основания для диагноза – клинические проявления, исследования крови и мочи, данных УЗИ, рентгенографии

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Антибиотики, Дезинтоксикация, Противовоспалительная терапия, Антиагреганты и Антикоагулянты

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

Физиотерапия – после стихания симптомов острого пиелонефрита. В некоторых случаях применяется хирургическое лечение.

ОСЛОЖНЕНИЕ

- Почечная недостаточность.
- Инфекционные заболевания почек (карбункул почки, абсцесс почки и др.).
- Сепсис.