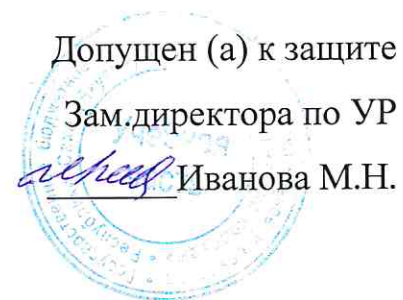


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



ГЕРМОГЕНОВА ЛЮДМИЛА ИВАНОВНА

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.01.02.- Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»

Гр. СД-36 Гермогенова Л.И.

Руководитель – преподаватель
педиатрии Роббек К.В.

Якутск – 2018г.

СОДЕРЖАНИЕ:

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| Глава 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ | |
| 1.1. Особенности течения заболеваний мочевыделительной системы у детей..... | 4 |
| 1.2. Особенности сестринского ухода при заболеваниях мочевыделительной системы у детей..... | 16 |
| Глава 2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РС (Я)..... | 20 |
| 2.1. Статистические данные распространенности заболеваний мочевыделительной системы у детей по РС (Я)..... | 20 |
| 2.2. Анализ особенностей сестринского ухода методом анкетирования среди медицинского персонала РБ№1, нефрологического отделения..... | 25 |
| ВЫВОД..... | 29 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 30 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ..... | 32 |

Введение

Одним из наиболее распространённых видов патологии детского возраста являются болезни мочевыделительной системы (почек, мочевыводящих путей). Повышенный интерес к проблемам патологии мочевыделительной системы в последние годы обусловлен значительным количественным ростом заболеваний в детском возрасте, изменением клинических симптомов, трудностями диагностики и терапии.

Актуальность: по данным ВОЗ в последнее десятилетие, несмотря на успехи теоретической и практической нефрологии, заболеваемость у детей до 14 лет возросла в 1,6 раза, а у детей старшего школьного возраста - в 2 раза. Распространённость болезней органов мочеполовой системы в различных регионах мира колеблется от 12,0 до 187,0 на 1000 детей. Многие заболевания мочевыделительной системы, ранее впервые диагностируемые в подростковом периоде, в настоящее время выявляют у детей раннего возраста. В основном в лечебные учреждения обращаются больные с инфекцией мочевой системы (пиелонефриты, циститы), дети, страдающие гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, нарушениями водно-солевого обмена и др.

Цель работы: Проанализировать особенности сестринского ухода за детьми, страдающими заболеваниями мочевыделительной системы.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Изучить по литературным данным особенности течения заболевания мочевыделительной системы у детей.
2. Оценить роль сестринского ухода и наблюдения за детьми с заболеваниями мочевыделительной системы.
3. Проанализировать распространенность заболеваний мочевыделительной системы у детей по РС (Я).

Глава 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.

1.1. Особенности течения заболеваний мочевыделительной системы у детей.

Заболевания мочевыделительной системы у детей широко распространены. Часто имеют малосимптомное течение. Скудная симптоматика, которая характерна для поражения почек, мочевого пузыря, уретры, нередко приводит к поздней диагностике заболеваний, переходу в хроническую форму или в стадию развития осложнения. В целях избежания проблемы необходимо внимательное отношение родителей к здоровью ребенка и регулярный контроль показателей общего анализа мочи.

Среди заболеваний мочевыделительной системы у детей самыми распространенными являются пиелонефрит, гломерулонефрит, а также цистит.

Цистит - воспалительный процесс, поражающий слизистую оболочку мочевого пузыря.

Различают две формы течения заболевания - острую и хроническую. У детей чаще всего встречается именно острая форма заболевания. Но и хроническая порою также имеет место быть. Развивается хроническая форма цистита в том случае, если острая стадия заболевания не была своевременно диагностирована. А значит, и необходимое лечение вовремя не было начато.

Цистит чаще всего возникает в следующих случаях:

- у маленьких детей

Наибольшую сложность представляет диагностика острого цистита у новорожденных и детей грудного возраста. Объясняется это очень просто - у детей младшего возраста клиническая картина течения заболевания крайне смазана. И понять причину беспокойства малыша не так уж и просто. Из-за этого и остается цистит незамеченным. И длится это заболевание годами,

давая о себе знать недержанием в более старшем возрасте. До тех пор, пока цистит снова не обострится и заболевание не будет выявлено.

- отсутствие правильного и своевременного лечения

В том случае, если родители не обратили внимания на острый цистит и лечения ребенок не получил, цистит с высокой долей вероятности примет хроническую форму течения. Да и в том случае, если родители предпочли обойтись своими силами и попробовали лечить острый цистит подручными средствами, также может возникнуть осложнения. Симптомы заболевания, быть может, и исчезнут, а вот само заболевание с высокой долей вероятности примет хроническую форму течения. Чаще всего цистит диагностируется у детей школьного и подросткового возраста. Причем девочки сталкиваются с циститом гораздо чаще, чем их сверстники-мальчики. Подобное явление объясняется анатомическими особенностями строения мочеполовой системы. У девочек мочеиспускательный канал намного короче, чем у мальчиков. Да и расположен он практически около самого анального отверстия, поэтому патогенная микрофлора проникает внутрь мочевого пузыря очень быстро и без особого труда. Причем существует еще одно радикальное отличие мальчиков от девочек - у девочек чаще всего наблюдается сочетание уретрита с циститом, а вот у мальчиков уретрит очень часто бывает отдельно от цистита - самостоятельным заболеванием.

Симптомы цистита у детей:

Бессимптомно цистит может протекать только у детей грудного возраста, которые не могут пожаловаться на ухудшение своего самочувствия.

А у детей постарше симптомы цистита достаточно типичны:

- Болевые ощущения

В большинстве случаев дети жалуются на сильные болевые ощущения в низу живота, а порой и в области поясницы. Помимо боли может появиться чувство тяжести.

- Проблемы с мочеиспусканием

В первую очередь цистит негативно влияет на сам процесс мочеиспускания - оно становится гораздо более часто, появляются также ложные позывы к мочеиспусканию, процесс мочеиспускания сопровождается болью и сильным жжением. Эти симптомы появляются, как правило, раньше всех остальных.

- Изменение мочи

Моча меняет свою окраску - она становится очень темной, практически коричневой, несмотря на частое мочеиспускание. Кроме того, моча приобретает очень резкий и весьма неприятный запах. Появляется осадок, а в особо тяжелых случаях в моче может появиться примесь гноя и крови.

- Повышение температуры тела

Практически во всех случаях при остром цистите, температура тела поднимается весьма значительно - до 39 - 40 градусов. При хроническом цистите температура не превышает 37, 5 градусов. Да и все остальные симптомы выражены менее ярко.

Диагностика цистита.

Для диагностики острого и хронического цистита у детей имеют значение:

- уточнение жалоб больного;
- изучение анамнеза заболевания и жизни, включая данные родословной;

- анализ характера клинических проявлений;
- характеристика мочевого синдрома;
- данные ультразвукового и рентгеноурологического обследования;
- результаты цистоскопического исследования.

Пиелонефрит у детей – воспалительный процесс, захватывающий чашечно-лоханочную систему, канальца и интерстицию почек. 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. 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).

Причины пиелонефрита у детей

Самым распространенным этиологическим агентом, вызывающим пиелонефрит у детей, является кишечная палочка; также при бактериологическом посеве мочи обнаруживаются протей, синегнойная палочка, золотистый стафилококк, энтерококки, внутриклеточные микроорганизмы (микоплазмы, хламидии) и др.

Попадание инфекционных агентов в почки может происходить гематогенным, лимфогенным, уриногенным (восходящим) путем. Гематогенный занос возбудителей наиболее часто встречается у детей первого года жизни (при гнойном омфалите у новорожденных, пневмонии, ангины, гнойничковых заболеваниях кожи и т. д.). У более старших детей преобладает восходящее инфицирование (при дисбактериозе, колитах, кишечных инфекциях, вульвитах, вульвовагинитах, баланопоститах,

циститах и пр.). Большую роль в развитии пиелонефрита у детей играет неправильный или недостаточный гигиенический уход за ребенком.

Условиями, предрасполагающими к возникновению пиелонефрита у детей, могут выступать структурные или функциональные аномалии, нарушающие пассаж мочи: врожденные пороки развития почек, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нейрогенный мочевой пузырь, мочекаменная болезнь. Риску развития пиелонефрита более подвержены дети с гипотрофией, рахитом, гипервитаминозом D; ферментопатиями, дисметаболической нефропатией, глистными инвазиями и пр. Манифестация или обострение пиелонефрита у детей, как правило, случается после интеркуррентных инфекций (ОРВИ, ветряной оспы, кори, скарлатины, эпидемического паротита и др.), вызывающих снижение общей сопротивляемости организма.

Классификация пиелонефрита у детей

В педиатрии выделяют 2 основные формы пиелонефрита у детей – первичный (микробно-воспалительный процесс изначально развивается в почках) и вторичный (обусловлен другими факторами). Вторичный пиелонефрит у детей, в свою очередь, может быть обструктивным и необструктивным (дисметаболическим).

В зависимости от давности и особенностей проявлений патологического процесса выделяют острый и хронический пиелонефрит у детей. Признаком хронического пиелонефрита у детей служит сохранение симптомов инфекции мочевыводящих путей более 6 месяцев либо возникновением за этот период не менее 2-х обострений. Характер течения хронический пиелонефрита у детей бывает рецидивирующим (с периодами обострений и ремиссий) и латентным (только с мочевым синдромом).

В течении острого пиелонефрита у детей выделяют активный период, период обратного развития симптомов и полную клинико-лабораторную

ремиссию; в течении хронического пиелонефрита – активный период, частичную и полную клинико-лабораторную ремиссию. Пиелонефритический процесс имеет две стадии – инфильтративную и склеротическую.

Симптомы пиелонефрита у детей

Ведущими проявлениями острого и активного периода хронического пиелонефрита у детей служат болевой, дизурический и интоксикационный синдромы.

Пиелонефрит у детей обычно манифестирует с лихорадки ремиттирующего типа, ознобов, потливости, слабости, головной боли, анорексии, адинамии. У грудных детей возможны упорные срыгивания, рвота, жидкий стул, снижение массы тела.

Дизурический синдром развивается при вовлечении в микробно-воспалительный процесс нижних отделов мочевого тракта. Он характеризуется беспокойством ребенка перед или во время мочеиспускания, частыми позывами к опорожнению мочевого пузыря, болезненностью, чувством жжения при мочеиспускании, неудержанием мочи.

Болевой синдром при пиелонефрите у детей может проявляться либо абдоминальными болями без четкой локализации, либо болями в поясничной области, усиливающимися при поколачивании, физической нагрузке.

Вне обострения симптомы хронического пиелонефрита у детей скудные; отмечается утомляемость, бледность кожных покровов, астенизация. При латентной форме хронического пиелонефрита клинические проявления вовсе отсутствуют, однако заподозрить заболевание у детей позволяют характерные изменения в общем анализе мочи (лейкоцитурия, бактериурия, умеренная протеинурия).

Течение острого пиелонефрита у детей может осложниться апостематозным (интерстициальным) нефритом, паранефритом, карбункулом почки, пионефрозом, сепсисом. Хронический пиелонефрит, развившийся в детском возрасте, с годами может привести к нефросклерозу, гидронефрозу, артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности.

Диагностика пиелонефрита у детей

Если пиелонефрит у ребенка впервые выявлен педиатром, необходима обязательная консультация детского нефролога или детского уролога. Комплекс лабораторной диагностики при пиелонефрите у детей включает исследование клинического анализа крови, биохимического анализа крови (мочевины, общего белка, белковых фракций, фибриногена, СРБ), общего анализа мочи, рН мочи, количественных проб (по Нечипоренко, Аддис–Каковскому, Амбурже, Зимницкому), посева мочи на флору с антибиотикограммой, биохимического анализа мочи. При необходимости для выявления возбудителей инфекции проводятся исследования методами ПЦР, ИФА. Важное значение при пиелонефрите у детей имеет оценка ритма и объема спонтанных мочеиспусканий, контроль диуреза.

Обязательное инструментальное обследование детей, больных пиелонефритом, предусматривает проведение УЗИ почек (при необходимости УЗИ мочевого пузыря), УЗДГ почечного кровотока. Для исключения обструктивных уropатий, часто выступающих причиной пиелонефрита у детей, может потребоваться выполнение экскреторной урографии, уродинамических исследований, динамической сцинтиграфии почек, почечной ангиографии, КТ почек и других дополнительных исследований.

Дифференциальную диагностику пиелонефрита у детей необходимо проводить с гломерулонефритом, аппендицитом, циститом, аднекситом, в

связи с чем дети могут нуждаться в консультации детского хирурга, детского гинеколога; проведении ректального обследования, УЗИ органов малого таза.

Гломерулонефрит у детей – иммуно-воспалительное поражение клубочкового аппарата почек, приводящее к снижению их функции. В педиатрии гломерулонефрит является одной из самых распространенных приобретенных патологий почек у детей, занимая второе место после инфекций мочевыводящих путей. Большинство случаев гломерулонефрита регистрируется у детей дошкольного и младшего школьного возраста (3-9 лет), редкие эпизоды (менее 5%) – у детей первых 2-х лет жизни. У мальчиков гломерулонефрит возникает в 2 раза чаще, чем у девочек.

В основе развития гломерулонефрита у детей лежит инфекционная аллергия (образование и фиксация в почках циркулирующих иммунных комплексов) или аутоаллергия (выработка аутоантител), а также неиммунное повреждение органа вследствие развивающихся гемодинамических и метаболических нарушений. Помимо почечных клубочков в патологический процесс могут вовлекаться канальца и межуточная (интерстициальная) ткань. Гломерулонефрит у детей опасен риском развития хронической почечной недостаточности и ранней инвалидизации.

Причины гломерулонефрита у детей

Выявить этиологический фактор удается в 80-90% острого гломерулонефрита у детей и в 5-10% случаев хронического. Основными причинами гломерулонефрита у детей являются инфекционные агенты – бактерии (в первую очередь, нефритогенные штаммы β -гемолитического стрептококка группы А, а также стафилококки, пневмококки, энтерококки), вирусы (гепатита В, кори, краснухи, ветряной оспы), паразиты (возбудитель малярии, токсоплазмы), грибы (кандида) и неинфекционные факторы (аллергены - чужеродные белки, вакцины, сыворотки, пыльца растений, токсины, лекарства). Чаще всего развитию острого гломерулонефрита у

детей предшествует недавно перенесенная (за 2-3 недели до этого) стрептококковая инфекция в виде ангины, фарингита, скарлатины, пневмонии, стрептодермии, импетиго.

Хронический гломерулонефрит у детей обычно имеет первично хроническое течение, реже может быть следствием недолеченного острого гломерулонефрита. Основную роль в его развитии играет генетически детерминированный иммунный ответ на воздействие антигена, присущий данному индивидууму. Образующиеся при этом специфические иммунные комплексы повреждают капилляры почечных клубочков, что приводит к нарушению микроциркуляции, развитию воспалительных и дистрофических изменений в почках.

Гломерулонефрит может встречаться при различных заболеваниях соединительной ткани у детей (системной красной волчанке, геморрагическом васкулите, ревматизме, эндокардите). Развитие гломерулонефрита у детей возможно при некоторых наследственно обусловленных аномалиях: дисфункции Т-клеток, наследственном дефиците С6 и С7 фракций комплемента и антитромбина.

Предрасполагающими факторами развития гломерулонефрита у детей могут служить: отягощенная наследственность, повышенная чувствительность к стрептококковой инфекции, носительство нефритических штаммов стрептококка группы А или наличие очагов хронической инфекции в носоглотке и на коже. Способствовать активации латентной стрептококковой инфекции и развитию гломерулонефрита у детей могут переохлаждение организма (особенно во влажной среде), излишняя инсоляция, ОРВИ.

На течение гломерулонефрита у детей раннего возраста влияют особенности возрастной физиологии (функциональная незрелость почек),

своеобразие реактивности организма ребенка (сенсibilизация с развитием иммунопатологических реакций).

Классификация гломерулонефрита у детей

Гломерулонефрит у детей может быть первичным (самостоятельная нозологическая форма) и вторичным (возникающим на фоне другой патологии), с установленной (бактериальной, вирусной, паразитарной) и с неустановленной этиологией, иммунологически обусловленный (иммунокомплексный и антительный) и иммунологически необусловленный. Клиническое течение гломерулонефрита у детей подразделяют на острое, подострое и хроническое.

По распространенности поражения выделяют диффузный и очаговый гломерулонефрит у детей; по локализации патологического процесса – интракапиллярный (в сосудистом клубочке) и экстракапиллярный (в полости капсулы клубочка); по характеру воспаления - экссудативный, пролиферативный и смешанный.

Хронический гломерулонефрит у детей включает несколько морфологических форм: незначительные гломерулярные нарушения; фокально-сегментарный, мембранозный, мезангиопролиферативный и мезангиокапиллярный гломерулонефрит; IgA-нефрит (болезнь Берже). По ведущим проявлениям различают латентную, гематурическую, нефротическую, гипертоническую и смешанную клинические формы гломерулонефрита у детей.

Симптомы гломерулонефрита у детей

Острый гломерулонефрит у детей обычно развивается через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще, стрептококкового генеза. При типичном варианте гломерулонефрит у детей имеет циклический характер, характеризуется бурным началом и выраженными проявлениями:

повышением температуры, ознобом, плохим самочувствием, головной болью, тошнотой, рвотой, болью в пояснице. В первые дни заметно уменьшается объем выделяемой мочи, развивается значительная протеинурия, микро- и макрогематурия. Моча приобретает ржавый цвет (цвет «мясных помоев»). Характерны отеки, особенно заметные на лице и веках. Из-за отеков вес ребенка может на несколько килограммов превышать норму. Отмечается повышение АД до 140-160 мм рт. ст, в тяжелых случаях приобретающее длительный характер. При адекватном лечении острого гломерулонефрита у детей функции почек быстро восстанавливаются; полное выздоровление наступает через 4-6 недель (в среднем через 2-3 месяца). Редко (в 1-2% случаев) гломерулонефрит у детей переходит в хроническую форму, имеющую весьма разнообразную клиническую картину.

Гематурический хронический гломерулонефрит является самым распространенным в детском возрасте. Имеет рецидивирующее или персистирующее течение с медленным прогрессированием; характеризуется умеренной гематурией, при обострениях - макрогематурией. Гипертензия не отмечается, отеки отсутствуют или слабо выражены. У детей нередко обнаруживается склонность к латентному течению гломерулонефрита со скудными мочевыми симптомами, без артериальной гипертензии и отеков; в этом случае заболевание может выявляться только при тщательном обследовании ребенка.

Для нефротического гломерулонефрита у детей типично волнообразное, постоянно рецидивирующее течение. Преобладают мочевые симптомы: олигурия, значительные отеки, асцит, гидроторакс. Артериальное давление в норме, либо немного повышено. Наблюдается массивная протеинурия, незначительная эритроцитурия. Гиперазотемия и снижение клубочковой фильтрации проявляются при развитии ХПН или обострении заболевания.

Гипертонический хронический гломерулонефрит у детей встречается редко. Ребенка беспокоит слабость, головная боль, головокружение. Характерна стойкая, прогрессирующая гипертензия; мочевого синдром выражен слабо, отеки незначительные или отсутствуют.

Диагностика гломерулонефрита у детей

Диагноз острого гломерулонефрита у ребенка верифицируется на основании данных анамнеза о недавно перенесенной инфекции, наличии наследственной и врожденной почечной патологии у кровных родственников и характерной клинической картины, подтвержденных лабораторными и инструментальными исследованиями. Обследование ребенка с подозрением на гломерулонефрит проводится педиатром и детским нефрологом (детским урологом).

В рамках диагностики исследуется общий и биохимический анализ крови и мочи, проба Реберга, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого. При гломерулонефрите у детей выявляются снижение диуреза, скорости клубочковой фильтрации, никтурия, микро- и макрогематурия, протеинурия, цилиндрурия. В крови отмечается небольшой лейкоцитоз и увеличение СОЭ; снижение фракций комплемента С3 и С5; повышение уровня ЦИК, мочевины, креатинина; гиперазотемия, повышение титра стрептококковых антител (АСГ и АСЛ-О).

УЗИ почек при остром гломерулонефрите у детей показывает незначительное увеличение их объема и повышение эхогенности. Пункционная биопсия почек выполняется для определения морфологического варианта гломерулонефрита у детей, назначения адекватной терапии и оценки прогноза заболевания.

Статистика заболеваемости:

Чаще всего болезнь развивается у детей с 4 лет до 12 лет, а также у подростков старше 16 лет. Груднички болеют крайне редко – их берегут материнские антитела, переданные еще через плаценту (грудное вскармливание влияет на риск заболеваемости косвенно).

У годовалого ребенка, малыша в 2 года и в 3 года цистит развиваться может, но вероятность этого события достаточно мала.

Возрастная структура заболеваемости следующая: мальчики и девочки до возраста в 1 год болеют с одинаковой частотой, после 4 лет цистит у девочек развивается в 5-7 раз чаще. Это обусловлено такими причинами: у девочек, в отличие от мальчиков, уретра (мочеиспускательный канал) короткая и широкая, отверстие уретры открывается недалеко от влагалища и анального отверстия, заселенных в норме микрофлорой, отсутствием после определенного возраста у девочки-грудничка в крови эстрогенов (свои начинают вырабатываться только в период полового созревания, а материнские уже утилизировались), задача которых состояла в окислении влагалищного секрета и защитном набухании наружных половых органов.

1.2. Особенности сестринского ухода при заболеваниях мочевыделительной системы у детей

Медицинская сестра должна информировать родителей о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенности течения, принципах лечения, возможном прогнозе.

Убедить родителей и ребенка, если позволяет его возраст и состояние, в необходимости госпитализации в отделение для комплексного обследования и проведения адекватного лечения. Оказать помощь в организации госпитализации.

Обеспечить ребенку постельный режим на период обострения заболевания. Создать в палате атмосферу психологического комфорта, постоянно оказывать ему поддержку, своевременно удовлетворять его физические и психологические потребности.

Вовлекать родителей и ребенка в планирование и реализацию ухода: детей младшего возраста обучить правильному мытью рук, проведение туалета наружных половых органов, объяснить им технику сбора мочи на различные виды исследований. Заранее готовить ребенка с помощью терапевтической игры к лабораторным и инструментальным методам исследования, объясняя ему последовательность их выполнения, если есть возможность, то показать кабинет, где будут проводиться манипуляции, а также инструменты, катетеры и прочее.

Ознакомить родителей с основными принципами диетотерапии: в острый период (особенно в первые 2 дня) вводить до 1,5-2 литров жидкости в день (фруктовые и овощные отвары, соки, компоты, морс), а также фрукты и овощи, обладающие диуретическим действием. При улучшении самочувствия назначается молочно-растительная диета без раздражающих блюд, в начале с умеренным ограничением белка и соли до 2-3 грамм в сутки, а после ликвидации острых явлений в диету можно включить: мясо, рыбу, творог, яйца. С целью предупреждения рецидива заболевания из питания исключаются: острые блюда, соленья, копчености, пряности, маринады, консервы. При наличии обменных нарушений ограничиваются рыба и мясо до 2-х раз в неделю. Постепенно переходят на зигзагообразную диету, каждые 7-10 дней чередуют продукты, сначала в диете преобладают овощи, фрукты, ягоды, молоко (ощелачивающие мочу), затем - кефир, каши, хлеб, рыба, мясо (изменяющие рН мочи в кислую сторону), тогда не создаются условия для размножения патогенной микрофлоры и образования камней. В промежутках между приемом лекарственных средств нужно вводить дополнительное питье: минеральные воды (Боржоми, Ессентуки 4,

17, Славяновская, Смирновская), разбавленные соки, арбузы, клюквенный и брусничный морс до 2-х литров в сутки.

Посоветовать родителям продолжить (фитотерапию) лечение травами в домашних условиях и подобрать травы, обладающие противовоспалительным и мочегонным действием, научить готовить из них отвары.

Постоянно поддерживать положительный эмоциональный настрой у ребенка, давать соответствующие его возрасту задания, корректировать поведение, поощрять познавательную деятельность.

Убедить родителей после выписки из стационара продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачами-педиатром, урологом в течении 5 лет с контролем анализов мочи: в первые 3 месяца - 1 раз в 2 недели, в последующие 6 месяцев - 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца, а после интеркуррентной инфекции вовремя и после болезни, осмотр отоларингологом и стоматологом проводить 2 раза в год.

При наличии у ребенка пузырно - мочеточникового рефлюкса или другой аномалии со стороны мочеполовой системы порекомендовать повторную госпитализацию через 1,5 года для решения вопроса о проведении хирургической коррекции.

Роль медицинской сестры в лечении и профилактике заболеваний мочевыделительной системы значительна, она первый помощник врача-педиатра.

В ее обязанности входит:

- Осуществление помощи врачу в процессе приема больных
- Выполнение назначений врача
- Участие в ведении и оформлении медицинской документации

При заболеваниях мочевыделительной системы медсестра должна внимательно выслушать пациента и обратить внимание на наличие болей или дискомфортных ощущений в поясничной области, изменение цвета мочи, расстройства мочеиспускания (полиурия, олигоурия и др.). Важно выяснить, имело ли место переохлаждение, отравления и условия жизни пациента. Обратить внимание на наследственность.

Медсестра должна иметь представление об инструментальных и лабораторных методах исследования. В ее обязанности входит подготовка пациентов к различным видам обследования почек и мочевыводящих путей. От правильности проведенной процедуры к обследованию зависит качество полученных данных. Участие в диагностическом процессе медицинской сестры складывается из ее знаний об основных методах диагностики при заболеваниях почек и умения выполнять отдельные диагностические задачи.

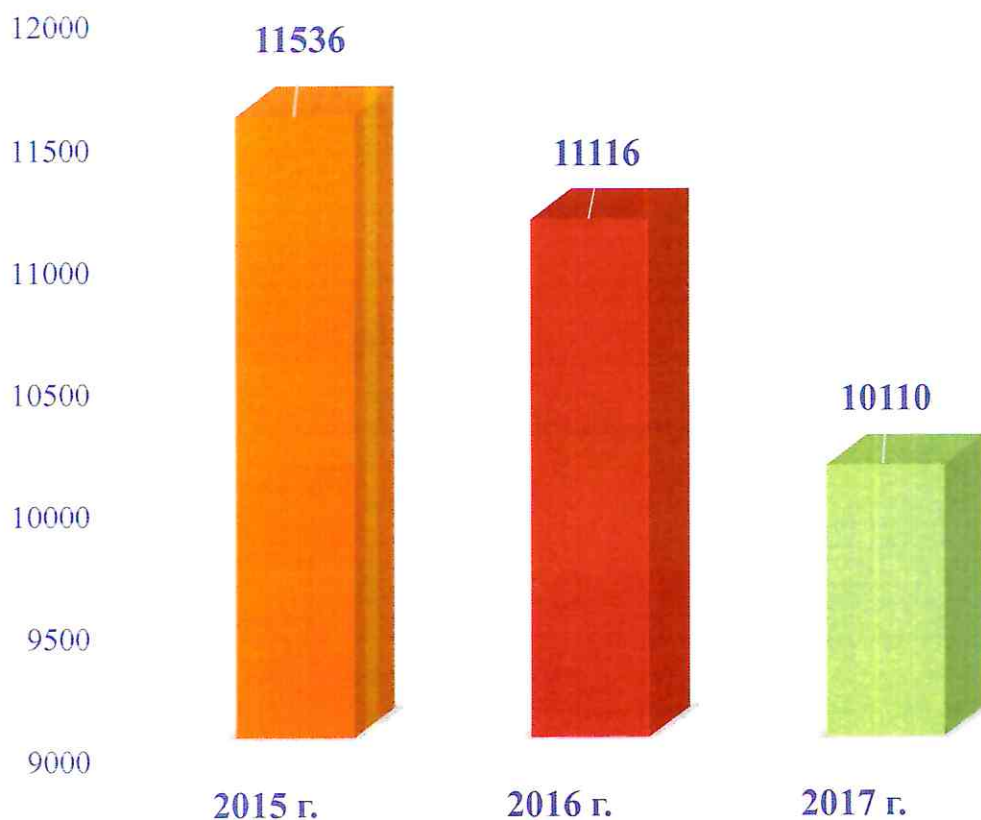
Медицинская сестра должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным исследованиям: должна уметь собрать мочу на исследование. Подсчитать суточный диурез; подготовить пациента к УЗИ почек и мочевыводящих путей; подготовить к рентгенологическому исследованию, экскреторной пиелографии. Уметь выполнить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером; различать радиоизотопный и УЗИ метод исследования. В обязанности медсестры также входит заполнение медицинской документации, при необходимости сопровождение пациентов к месту обследования.

Глава 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

2.1. Статистические данные распространенности заболеваний мочевыделительной системы у детей по РС (Я)

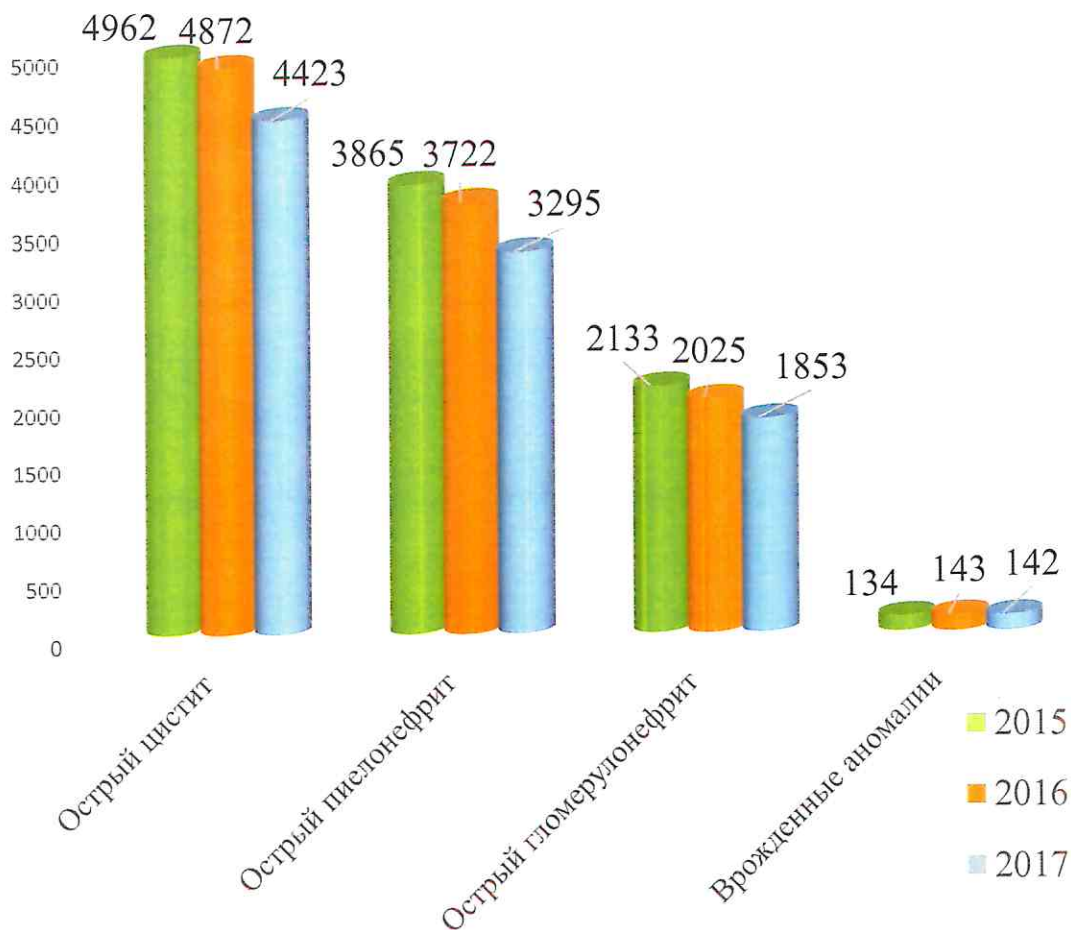
В 2015 общее число заболеваний мочевыделительной системы было выявлено 11536 случаев. В 2016 году данная патология зафиксирована 11116, в 2017 году данная патология зафиксирована 10110. Учитывая гендерные особенности выявления заболеваний мочевыделительной системы, был проведен статистический анализ частоты встречаемости патологии от 0-14 лет. Полученные результаты позволяют констатировать, что у подросткового возраста патология органов мочевыделительной системы встречалась чаще. Из таблицы следует, что заболевания органов мочевыделительной системы на территории Республики Саха Якутия за период 2015-2017 гг. регистрировались с одинаковой частотой, статистически достоверной разницы выявлено не было. Однако, достоверно чаще заболевания мочевыделительной системы встречались у девочек подросткового возраста.

**Распространенность заболеваний органов мочевыделительной системы
у детей в РС (Я) за 2015-2017 гг.**



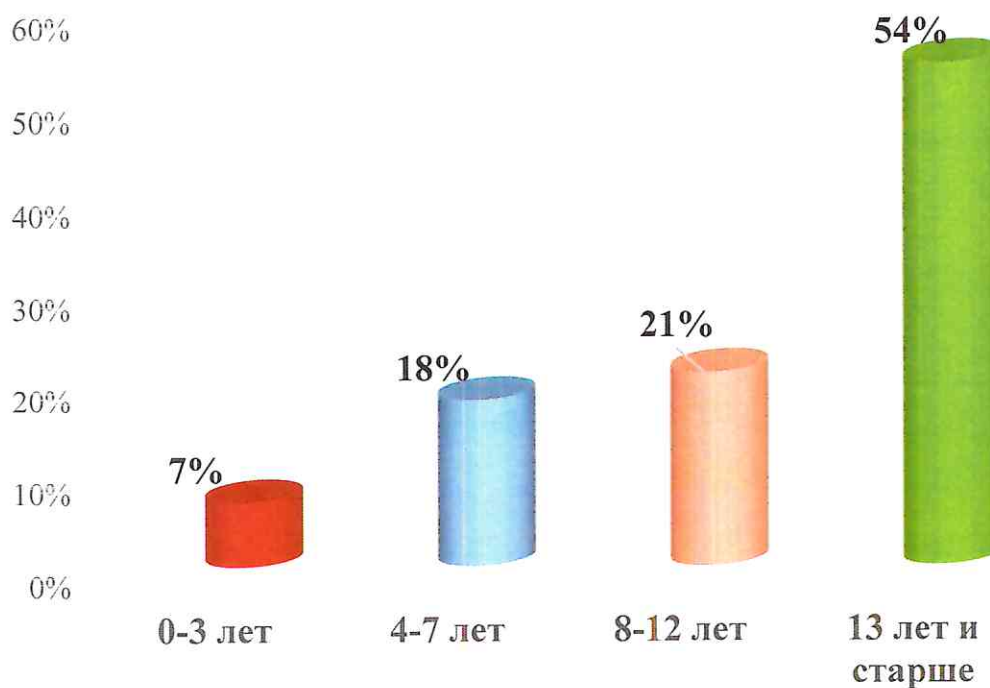
При анализе распространенности заболеваний органов мочевыделительной системы у детей за последние 3 года отмечается умеренное снижение заболеваемости. По сравнению с 2015 годом в 2017 году количество больных снизилось на 9,4%.

**Распространенность болезней мочевыделительной системы у детей
по нозологии в РС (Я) за 2015-2017 гг.**



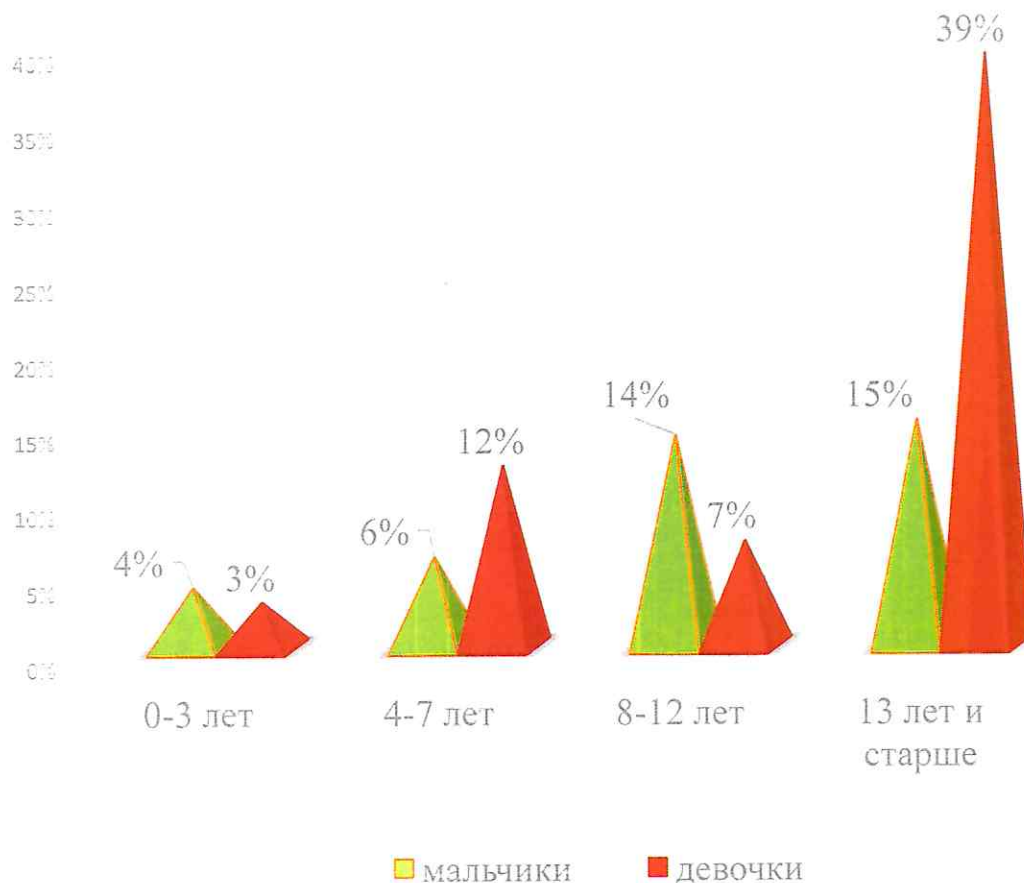
За последние 3 года отмечается снижение острого цистита, пиелонефрита и гломерулонефрита, но отмечается рост врожденных аномалий мочевыделительной системы, в 2017 году рост отмечается на 4,3% по сравнению с 2015 годом. Среди врожденных аномалий органов мочевыделительной системы преобладают такие как пузырно-мочеточниковый рефлюкс, солитарная киста почек, удвоение почек.

**Распространенность заболеваний органов мочевыделительной системы
у детей в РС (Я) по возрасту (% соотн.)**



Если посмотреть распространенность заболеваний органов мочевыделительной системы у детей, то заболеваемость преобладает в возрасте 13 лет и старше.

Распространенность заболеваний органов мочевыделительной системы у детей в РС (Я) по гендерному признаку (% соотн.)



Если распределить заболевания органов мочевыделительной системы у детей по половому признаку, наиболее часто болеют девочки в возрасте 13 лет и старше. У них часто встречаются острый цистит и острый пиелонефрит, а мальчики наиболее подвержены к острому гломерулонефриту.

2.2. Анализ особенностей сестринского ухода методом анкетирования среди медицинского персонала РБ№1, ПЦ, нефрологического отделения

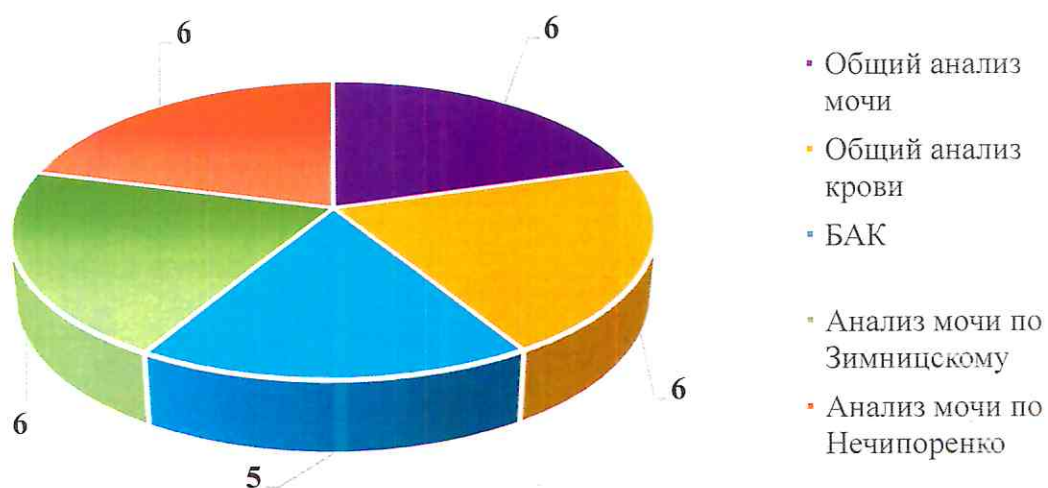
Мы провели анкетирование среди среднего медицинского персонала ПЦ нефрологического отделения с целью выявления особенностей сестринского ухода за больными с заболеваниями мочевыделительной системы. В анкетировании участвовали 6 медсестер. Им были заданы следующие вопросы:

1. Какие особенности сестринского ухода есть при заболеваниях органов мочевыделительной системы у детей?



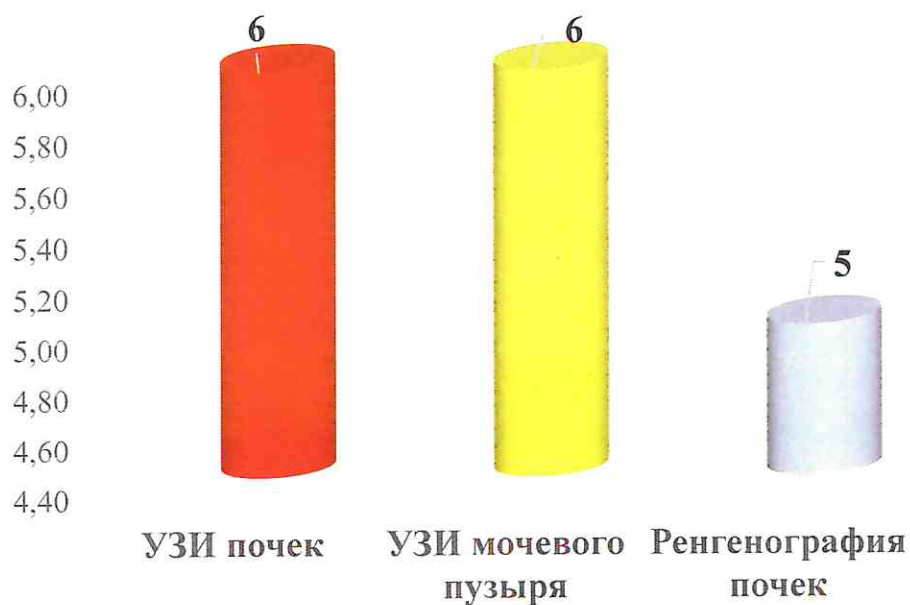
При уходе за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы средний медперсонал наиболее часто выполняет уход за кожными покровами в области промежности, уход за катетером и регулярно меняет нательное и постельное белье.

2. На какие лабораторные методы исследования вы часто готовите больных с заболеваниями мочевыделительной системы?



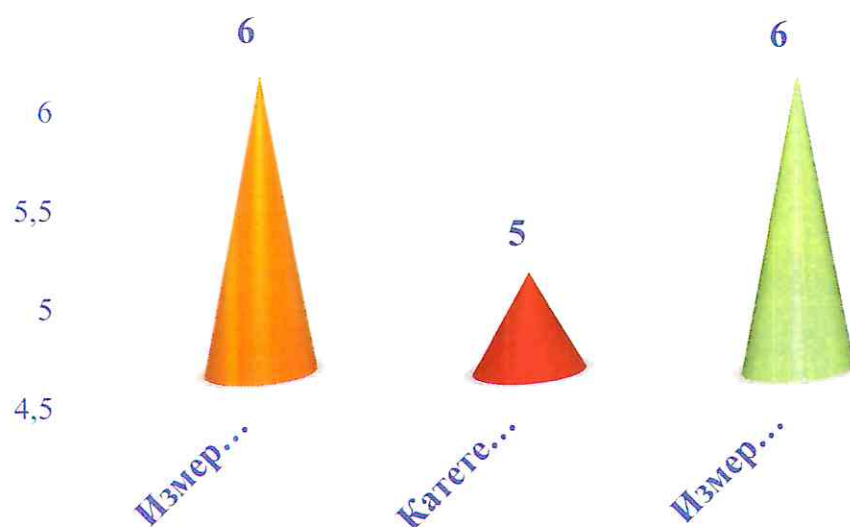
Большинство опрошенных респондентов дали практически одинаковый ответ. Они часто готовят больных с заболеваниями мочевыделительной системы к сдаче ОАМ, ОАК, анализу мочи по Зимницкому, Нечипоренко.

3. К каким инструментальным методам обследования вы часто готовите пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы?



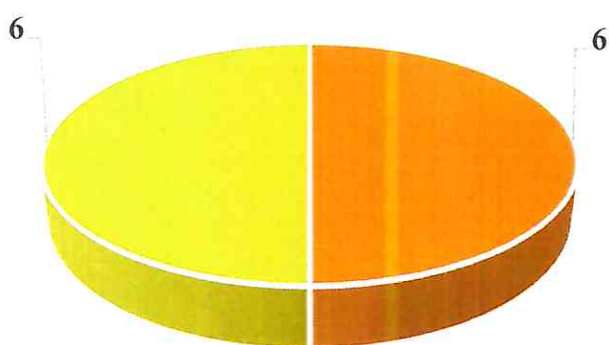
Медсестры часто готовят больных с заболеваниями мочевыделительной системы к УЗИ почек, мочевого пузыря и рентгенографии почек.

4. Какие сестринские манипуляции вы часто проводите пациентам с заболеваниями мочевыделительной системы?



У больных с заболеваниями мочевыделительной системы медсестры ежедневно проводят измерение АД, температуры тела и по показаниям катетеризацию мочевого пузыря.

5. В последние годы какие улучшения можете отметить при сестринском уходе за больными с заболеваниями мочевыделительной системы?



- Практически все стало одноразовым (катетеры, мочеприемники, пропитывающие пеленки)
- Электронных приборов много стало (тонометры, эл.градусники)

Все опрошенные респонденты ответили, что за последние года легче стало работать в том смысле, что применяемые инструменты стали одноразовыми; приборы электронными.

Вывод

1. У детей наиболее часто встречаются острые заболевания мочевыделительной системы. Заболевания мочевыделительной системы у детей сопровождаются с интоксикацией. Многие заболевания мочевыделительной системы, ранее впервые диагностируемые в подростковом периоде, в настоящее время выявляют у детей раннего возраста. В основном в лечебные учреждения обращаются больные с инфекцией мочевой системы (пиелонефриты, циститы), дети, страдающие гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, нарушениями водно-солевого обмена и др.
2. Особенности в сестринском уходе за больными с заболеваниями мочевыделительной системы являются - уход за кожными покровами в области промежности, уход за катетером и регулярное смена нательного и постельного белья. Средний медперсонал ежедневно выполняет такие манипуляции как измерение АД, температуры тела, катетеризация мочевого пузыря, а также готовит пациентов к следующим обследованиям – сдача ОАМ, ОАК, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, УЗИ почек, мочевого пузыря и рентгенография почек.
3. При анализе статистических данных ЯРМИАЦ выявили, что в Республике Саха (Якутия) за последние 3 года количество больных детей с заболеваниями мочевыделительной системы уменьшается. В 2015 году общее число заболеваний мочевыделительной системы было выявлено 11536 случаев. В 2016 году данная патология зафиксирована 11116, в 2017 году данная патология зафиксирована 10110. Чаще заболевания мочевыделительной системы встречались у девочек подросткового возраста

Заключение

Лечение и профилактика болезней почек являются важной медицинской проблемой. Бесплатное лечение, развитие специализированных отделений в больницах и клиниках, создание нефрологических центров, широкая диспансеризация больных, большое число нефрологических санаториев - всё это позволяет успешно проводить лечение и профилактику болезней почек у детей. Однако успех лечения и профилактики во многом зависит от выполнения больными детьми и их родителями рекомендаций врача. Закаливание, строгое выполнение санитарно-гигиенических правил, предупреждение и тщательное лечение острых респираторных заболеваний, своевременное лечение очаговых инфекций служат надёжной гарантией предупреждения заболеваний мочевыделительной системы.

Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы, организация режима, лечения заключается в том, что медицинская сестра находится в постоянном тесном контакте с больным ребенком и его родителями, наблюдает за его эмоциональным и физическим состоянием, выявляет и помогает решать проблемы ребенка. Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больным ребенком, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика рецидивов заболеваний мочевыделительной системы: медицинская сестра обучает членов семьи организации ухода за пациентом, режимом питания, отдыха. Заболевания почек могут привести к серьезным осложнениям, к инвалидности и даже к смерти. Поэтому всем родителям необходимо оберегать своих детей от простудных заболеваний (ангины, ОРЗ, гриппа,

заболеваний верхних дыхательных путей). В ходе проделанной работы я изучила методы диагностики и лечения детей с заболеваниями мочевыделительной системы, а также проанализировала роль м/с в организации ухода за детьми с заболеваниями мочевыделительной системы.

Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы очень важна. От знаний и квалификации медицинской сестры, её личных качеств, отношения к работе, больному ребенку и его родителям во многом зависит процесс и результат лечения.

Список литературы

1. Вихерт А. М Коздоба О.А. и Арабидзе Г.Г. Пункционная биопсия почек в диагностике хронического пиелонефрита. Тер. арх т. 52, № 4, с 13, 2000 г;
2. Давлицарова К.Е., Миронова С.Н. - Манипуляционная техника; М.: – Форум инфра 2005 . – 480 с.
- 3.Игнатова М.С.; Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. Л. 2001 г.
4. Игнатова М.С., Маковецкая Г.А. Диагноз и дифференциальный диагноз в детской нефрологии. - М., 2003г.
5. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. - М., 2003 г.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гарюшова Л.П. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. - М., 2002 г.
7. Коровина Н.А., Захарова И.Н. К 100-летию со дня рождения профессора П.Л. Сухинина / Коровина Н.А., Захарова И.Н. // Современные подходы к лечению пиелонефрита у детей: Российская медицинская академия последипломного образования - Москва, 2014 г.
8. Лопаткин Н.А.А.Г Пугачев. Детская урология.-М., 2000 г.
9. Лопаткин Н.А Пугачев А.Г. и Родоман В.Г. Пиелонефрит у детей, М 2004г;
10. Люлько А.В. и Суходольская А.Е. Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, с. 95, 131, Киев, 2000 г;
11. Лопаткин Н.А. и Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин, с 89, М 2005 г;
12. Лычев В.Г., Карманов В.К. – Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: - учебное методическое пособие М.:-Форум инфра, 2010.-384с.

13. Лычев В. Г., Карманов В. К. - Основы сестринского дела в терапии – Ростов н/Д Феникс 2006 – 512 с.
14. Маркова И.В., Неженцев М.В., Папаян А.В. Лечение заболеваний почек у детей. Руководство для врачей. - СПб, 2004 г., ее. 145-185
15. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Н.Н. Семенов - Сестринское дело в терапии – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . – 544 с.
16. Мухина С.А., Тарновская И.И. – Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 368 с.
17. . Мухина С.А., Тарновская И.И. - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: – ГЭОТАР – Медиа, 2010.-254с.
18. Нефрология: Руководство для врачей /Под ред. И.Е. Тареевой. - М.: Медицина, 2000. - 2-е изд., перераб. и доп. - 688 с.
19. Общий уход за больными: Учеб. пособие/ В.В. Мурашко, Е.Г. Шуганов, А.В. Панченко. - М.: Медицина, 2007г. - 224 с.: ил. - (Учеб. лит. Для студентов мед. институтов).
20. Папаян А.В., Савенкова Н.Д, Клиническая нефрология детского возраста. - СПб., 2007 г.
21. Попова Ю. Болезни почек и мочевого пузыря.
22. Справочник медицинской сестры по уходу/ С 74 Под ред. Н.Р.
23. Палеева. - М.: НИО "КВАРТЕТ", "КРОН-ПРЕСС", 2004г. - 544 с.
24. Тиктинский О. Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. - СПб.: СПбМАПО, Медиа Пресс, 2004. - 256с.

Заболееваемость органов мочевыделительной системы у детей в РС (Я)

| Наименование классов | РС (Я) | | | | | |
|---|-----------|--------|--------|-------------------|--------|--------|
| | абс числа | | | на 1000 населения | | |
| и отдельных болезней | 2015г. | 2016г. | 2017г. | 2015г. | 2016г. | 2017г. |
| Болезни мочеполовой системы | 11536 | 11116 | 10110 | 51,8 | 49,4 | 44,9 |
| гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника | 2146 | 2003 | 2441 | 9,6 | 8,9 | 10,8 |
| почечная недостаточность | 13 | 12 | 9 | 0,1 | 0,1 | 0,04 |
| мочекаменная болезнь | 22 | 23 | 20 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| другие болезни мочевой системы | 2958 | 2708 | 2329 | 13,3 | 12,0 | 10,3 |

Первичная заболеваемость от 0-14
Республика Саха (Якутия) за 2015-2017гг.

| Наименование классов | РС (Я) | | | | | |
|---|-----------|--------|--------|-------------------|--------|--------|
| | абс числа | | | на 1000 населения | | |
| и отдельных болезней | 2015г. | 2016г. | 2017г. | 2015г. | 2016г. | 2017г. |
| Болезни мочеполовой системы | 6433 | 6826 | 5497 | 28,9 | 30,3 | 24,4 |
| гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника | 860 | 885 | 204 | 3,9 | 3,9 | 0,9 |
| почечная недостаточность | 5 | 2 | 1 | 0,02 | 0,01 | 0,004 |
| мочекаменная болезнь | 9 | 5 | 1 | 0,04 | 0,02 | 0,004 |
| другие болезни мочевой системы | 2176 | 1848 | 1370 | 9,8 | 8,2 | 6,1 |