Комсомольский-на-Амуре филиал краевого государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
«Хабаровский государственный медицинский колледж»
министерства здравоохранения Хабаровского края

Допустить к защите
заведующий отделом УВР
_____ Е.В. Болтовская
«___ »_____2017 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему: **«Особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при организации ухода за пациентами с пиелонефритом»**

студентки 3 курса
специальности
34.02.01 Сестринское дело
очной формы
получения образования
Терехиной Л.Е.

Научный руководитель:
_____ Конева Л.А.

Рецензент:
Главная медицинская сестра
КГБУЗ «Городская больница
№2» специалист высшей
квалификационной категории
Андреенко Т.А.

Комсомольск-на-Амуре

2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....2
ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....5
1.1. Определение.....5
1.2. Этиология и факторы риски.....5
1.3. Патогенез.....6
1.4. Клиника и классификация.....7
1.5. Осложнения.....10
1.6. Диагностика.....11
1.7. Лечение.....13
1.8. Профилактика.....15
1.9. Сестринский уход при пиелонефрите.....16
ГЛАВА II ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....19
ЗАКЛЮЧНИЕ.....27
ЛИТЕРАТУРА.....29
ПРИЛОЖЕНИЯ.....30

ВВЕДЕНИЕ

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Существуют различия в заболеваемости пиелонефритом мужчин и женщин в разные возрастные периоды. В целом женщины преобладают среди больных пиелонефритом.

В год среди жителей России регистрируется 0,9–1,3 млн новых случаев острого пиелонефрита. Госпитализируется по этому поводу ежегодно более 300 тыс. человек.

Среди всех инфекций мочевых путей хронический пиелонефрит регистрируется в 53 % случаев, а острый – в 13,1 %

Пиелонефрит может быть самостоятельным заболеванием, но чаще осложняет течение различных заболеваний (мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, заболевания женских половых органов, опухоли мочеполовой системы) или возникает как послеоперационное осложнение.

Осложненные инфекции возникают у больных с различными обструктивными уропатиями, на фоне катетеризации мочевого пузыря, а также у больных с сопутствующей патологией (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, и др.). У больных пожилого возраста закономерны осложненные инфекции.

Особое место занимает старческий пиелонефрит - основная проблема гериатрической нефрологической клиники. Его частота возрастает с каждым десятилетием жизни пожилого человека, достигая на десятом десятилетии 45% у мужчин и 40% у женщин.

Цель исследования: изучить особенности сестринской деятельности при пиелонефрите.

Задачи исследования:

- Изучить социальную значимость изучаемой проблемы, этиологию и предрасполагающие факторы, патогенез, клинику, осложнения, диагностику, лечение, особенности ухода, профилактику и диспансеризацию при пиелонефрите

- Разработать анкету для пациентов с пиелонефритом, проанализировать данные анкетирования
- Разработать флаеры о пиелонефрите, правильном питании при данном заболевании
- Разработать памятку - инструкцию для медицинской сестры по подготовке пациента к различным методам исследования
- Составить примерное меню для пациента на один день

Объект исследования: сестринская деятельность при патологии почек и мочевыводящих путей

Предмет исследования: сестринская деятельность при пиелонефрите

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме; субъективный и объективный методы клинического обследования пациента; анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации, метод анкетирования, метод наблюдения

Практическая значимость исследования: подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи при пиелонефрите.

Разработанная нами анкета позволит выявить дефицит знаний о факторах появления и течения заболевания.

Разработанные нами памятки и флаеры для пациентов, примерное меню будут способствовать, пациентам знать о своем заболевании и правильном питании

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1.Определение

Пиелонефрит — воспалительное заболевание почек преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки, чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани).

Острый пиелонефрит — представляет собой острый воспалительный процесс в почечной паренхиме и чашечно-лоханочной системе.

Хронический пиелонефрит — развивается в результате нелеченого или вовремя не диагностированного острого пиелонефрита.

1.2.Этиология и факторы риски

Причиной пиелонефрита всегда является инфекция. Возбудителем которых могут являться грамотрицательные палочки-кишечная палочка, цитробактер, энтеробактер, протей,синегнойная палочка,грамположительные палочки-микобактерии туберкулёза; грамположительная кокковая флора-стафилококк, энтерококк.

Факторы риска развития пиелонефрита можно разделить на две группы: неизменяемые и изменяемые.

К неизменяемым факторам относятся:

- Пол: чаще болеют девушки и женщины 18-30 лет, у которых появление пиелонефрита связано с началом половой жизни, беременностью
- Возраст: пожилые мужчины, страдающие аденомой предстательной железы
- Наследственность

К изменяемым факторам риска относятся:

- Врожденные аномалии мочевыделительной системы. В результате воздействия на плод во время беременности неблагоприятных факторов или наследственных факторов (наследственные нефропатии, возникают в результате мутации гена, ответственного за развитие мочевыделительной системы). К врожденным аномалиям, приводящим к

развитию пиелонефрита, относятся следующие пороки развития: сужение мочеточника, недоразвитая почка, опущенная почка.

- Заболевания, которые сопровождаются снижением иммунитета, например, СПИД.
- Хронические очаги инфекции, возбудители которых (стафилококк, кишечная палочка, синегнойная палочка, кандида и другие) с током крови могут попасть в почки.
- Мочекаменная болезнь и частые приступы почечной колики.
- Хронический цистит. В случае неэффективного лечения или его отсутствия происходит распространения инфекции по мочевым путям вверх (к почке), и дальнейшее её воспаление.
- Инфекции, передающиеся половым путём.

1.3. Патогенез

Местные очаги инфекции играют ведущую роль в возникновении пиелонефрита в антибактериальный период. Которыми могут быть:
миндалины, придаточные пазухи носа, легкие, желчные пути, гнойные поражения кожи, остеомиелит.

Микробы с током крови попадают в сосудистые петли почечных клубочков, где вызывают воспалительно-дегенеративные изменения эндотелия и проникают в просвет канальцев. Вокруг бактериальных тромбов образуется лейкоцитарный инфильтрат в межуточной ткани, дальнейшая судьба которого зависит от проводимого лечения и общего состояния организма. При благоприятном течении болезни инфильтраты замещаются соединительной тканью с последующим рубцеванием, а при прогрессировании процесса образуются множественные гнойники

Для женщин основным источником заражения почек являются половые органы при остром и хроническом воспалении в них. Такой патогенетический фактор у женщин является преобладающим, чем некоторые анатомо-физиологические особенности, им и объясняется

наибольшая частота пиелонефрита у лиц женского пола, составляющая свыше 80%.

1.4. Клиника и классификация

В настоящее время в России общепризнанной является классификация пиелонефрита

По течению:

1) Острый пиелонефрит

2) Хронический пиелонефрит

По локализации:

- Односторонний пиелонефрит
- Двусторонний пиелонефрит (может быть первичным и вторичным)

По причине возникновения:

- Первичный пиелонефрит, который развивается без предшествующего поражения мочеполовой системы.
- Вторичный пиелонефрит (встречается в несколько раз чаще, чем первичный), возникновение которого связанно с органической или функциональной перестройкой мочевых путей, что нарушает нормальный отток мочи.
- Вторичный обструктивный пиелонефрит —развивающийся при наличии органических (врожденных, наследственных или приобретенных) или функциональных нарушений уродинамики.
- Вторичный необструктивный пиелонефрит — воспаление, возникающее на фоне обменных нарушений врожденных или приобретенных иммунодефицитных состояний, эндокринных дисфункций.

В зависимости от путей возникновения:

- Гематогенный или нисходящий пиелонефрит
- Урогенный или восходящий пиелонефрит
- Лимфогенный пиелонефрит.

Острый пиелонефрит.

В возникновении пиелонефрита важную роль играют роль следующие факторы: вид и характер возбудителя инфекции; наличие изменений в почке и мочевых путях, способствующих фиксации в них возбудителя и развитию процесса; пути проникновения инфекции в почку; общее состояние организма и его иммунобиологическая реактивность.

Клиническая картина. Начальной стадией заболевания является интерстициальный серозный пиелонефрит, который не сопровождается деструкцией почечной ткани; позднее возникает стадия гнойного воспаления, характеризующаяся разрушением почечной ткани в очаге воспаления. В зависимости от характера изменений в почечной паренхиме различают следующей формы острого гнойного пиелонефрита:

- апостематозный
- абсцесс почки
- карбункул

Симптоматика острого пиелонефрита в значительной мере зависит от степени нарушения пассажа мочи. При первичном остром пиелонефрите местные признаки выражены слабо или отсутствуют. Состояние больного тяжелое, отмечаются общая слабость, озноб, лихорадка до 39—40°,обильный пот, боли во всем теле, тошнота, иногда рвота, сухой язык, тахикардия

При вторичном пиелонефрите, обусловленном нарушением оттока мочи из почки, в острой фазе наблюдается характерная смена симптомов. Как правило, ухудшение состояния больного совпадает с резким усилением болей в поясничной области или приступом почечной колики вследствие нарушения оттока мочи из почечной лоханки. На высоте болей возникает озноб, который сменяется жаром и резким повышением температуры тела. Затем температура тела критически падает до субфебрильной, что сопровождается обильным потоотделением; интенсивность боли в области почки постепенно снижается вплоть до ее исчезновения. Однако если препятствие оттоку мочи не устранено, после нескольких часов улучшения

самочувствия вновь усиливается боль и наступает новый приступ острого пиелонефрита.

У ослабленных больных, лиц пожилого и старческого возраста клинические проявления менее выражены, могут отсутствуют.

Наблюдаются картина общего инфекционного заболевания или сепсиса без признаков поражения мочевых органов, картина острого живота, отмечаются признаки, напоминающие менингит и др. Эмфизематозный пиелонефрит протекает как тяжелое септическое заболевание. Чаще возникает при ненарушенном пассаже мочи, и поэтому симптомы почечной колики отсутствуют. Отмечается резкая болезненность в области пораженной почки вследствие газовой инфильтрации паранефральной клетчатки и деструкции почеченой паренхимы. Наиболее типичными клиническими признаками его являются: упорная лихорадка, боли в животе , тошнота, рвота, при исследовании мочи-пиурия.

Хронический пиелонефрит.

Хронический пиелонефрит может быть следствием неизлеченного острого пиелонефрита (чаще) или первично-хроническим, т. е. может протекать без острых явлений с начала заболевания. У большинства больных хронический пиелонефрит возникает в детском возрасте, особенно у девочек. У 1/3 больных при обычном обследовании не удается выявить несомненных признаков пиелонефрита. Нередко лишь периоды необъяснимой лихорадки свидетельствуют об обострении болезни. В последние годы все чаще отмечаются случаи комбинированного заболевания хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом, которые могут протекать под масками.

1. Латентная форма – 20% больных. Чаще всего жалоб нет, а если есть, то слабость, повышенная утомляемость, реже субфебрилитет. У женщин в период беременности могут быть токсикозы. Функциональное исследование ничего не выявляет, если только редко немотивированное повышение АД, легкую болезненность при поколачивании по пояснице. Диагноз

лабораторно. Решающее значение имеют повторные анализы: лейкоцитурия, умеренная не более 1 - 3 г/л протеинурия + проба Нечипоренко. Клетки Штенгаймера - Мальбина сомнительно.

2. Рецидивирующая – почти 80%. Чередование обострений и ремиссий. Особенности: интоксикационный синдром с повышением температуры, ознобы, которые могут быть даже при нормальной температуре, в клиническом анализе крови лейкоцитоз, повышенное СОЭ, сдвиг влево, С-реактивный белок. Боли в поясничной области, чаще 2-х сторонние, у некоторых по типу почечной колики: боль асимметрична, дизурический и гематурический синдромы. Гематурический синдром сейчас бывает чаще, может быть микро и макрогематурия. Повышение АД. Самое неблагоприятное сочетание синдромов: гематурия + гипертензия - > через 2-4 года хроническая почечная недостаточность.

3. Гипертоническая форма: ведущий синдром - повышение АД, может быть первым и единственным, мочевой синдром не выражен и непостоянен.

4. Анемическая форма - редко. Стойкая гипохромная анемия, может быть единственным признаком. Связана с нарушением продукции эритропоэтина, мочевой синдром не выражен и непостоянен.

5. Гематурическая: рецидивы макрогематурии.

6. Тубулярная: неконтролируемые потери с мочой Na + и K + (соль - теряющая почка). Ацидоз, гиповолемия, гипотензия, снижение клубочковой фильтрации, может быть ОПН.

7. Азотемическая: проявляется впервые уже хроническая почечная недостаточность.

1.5. Осложнения

Наиболее частые осложнения пиелонефрита связаны с распространением инфекции по почке и в окружающие ткани. Так острый пиелонефрит может осложняться:

- Паранефритом
- формированием гнойничков в почке (апостематозный пиелонефрит)
- абсцесса почки
- карбункула
- некрозом почечных сосочков, что является показанием к оперативному вмешательству
- Пионефроз – представляет собой терминальную стадию гнойно-деструктивного пиелонефрита. Пионефротическая почка представляет собой орган, подвергшийся гнойному расплавлению, состоящий из отдельных полостей, заполненных гноем, мочой и продуктами тканевого распада.

Двухсторонний процесс, влияя на выделительную функцию почек, может приводить к развитию почечной недостаточности.

Осложнения хронического пиелонефрита:

- Хроническая почечная недостаточность. Это состояние представляет собой постепенное угасание работы органа на фоне пиелонефрита, вызывается гибелью нефронов.
- Паранефрит.
- Некротический папиллит – некроз почечных сосочков
- Уросепсис – заболевание, которое возникает из-за проникновения в почки или мочевую систему инфекции.
- ХПН

1.6.Диагностика

Диагноз выставляется на основании субъективного и объективного обследования (осмотр, пальпация, перкусия, аскультация) и данных дополнительных методов обследования.

Лабораторные методы обследования

1. Общий анализ крови. Позволяет выявить признаки воспаления: лейкоцитоз, повышение СОЭ, увеличение концентрации белка.
2. БАК. Устанавливает повышение концентрации мочевины и креатинина крови.
3. Анализы мочи

Общий определяет ее химический, физический и микробиологический состав.

Бактериологическое исследование позволяет выявить степень развития воспалительного процесса и микроорганизмы, вызвавшие заболевание.

по Нечипоренко предоставляет возможность выяснить число цилиндров и клеток в 1 мл, количество элементов крови, которые не должны были оказаться в моче в больших количествах, будучи отфильтрованы почкой.

по Зимницкому помогает в определении плотности выводимой из организма жидкости, ее удельного веса. По объемам выделяющейся мочи можно судить, каков утренний, дневной, ночной и суточный диурез у пациента.

Инструментальная диагностика

1. УЗИ почек. Определяет увеличение размеров почек при остром пиелонефрите или и сморщивание при хронических формах болезни или почечной недостаточности.
2. Радиоизотопная ангиоренография. В организм пациента вводятся радиоактивные изотопы – вещества, способные испускать радиоактивные лучи. При введении они смешиваются с другими веществами, накапливающимися во внутренних органах, и исполняют

роль «меток» которые дают возможность обнаружить во внутренних органах введенные препараты, могущие указать на изменения, новообразования и. т. д.

3. Биопсия почек. Клиническая картина острого пиелонефрита зависит от состояния организма, возраста, пола, предшествующего состояния почек и мочевых путей. Позволяет уточнить форму пиелонефрита, его активность, исключить заболевания почек со сходной симптоматикой.

1.7.Лечение

Лечение острого пиелонефрита.

Пациентам с пиелонефритом назначают комплексное лечение, которое включает режим, диету, антибактериальные, общеукрепляющие и дезинтоксикационные средства, а также мероприятия, направленные на устранение причин, препятствующих нормальному пассажу мочи.

Пациенты острым пиелонефритом нуждаются в обязательной госпитализации.

Диета должна быть разнообразной с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, высоко витаминизированной. Рекомендуется легкоусвояемая пища - молоко и молочные продукты, каши, овощные и фруктовые пюре, белый хлеб.

В целях дезинтоксикации при высокой температуре и тяжелом общем состоянии рекомендуется дополнительное введение жидкости, в том числе и парентерально в виде различных растворов (внутривенно капельно гемодез, неокомпенсан, реополиглюкин, полиглюкин, глюкоза, изотонический раствор натрия хлорида и т. п)

Антибактериальная терапия - назначение оптимальных (либо максимальных) доз, раннее начало и достаточная ее продолжительность, соответствие антибиотика и чувствительности к нему микрофлоры мочи.

Полусинтетические препараты пенициллинового ряда - оксациллин, ампициллин, метициллин, ампиокс и др. При инфекции эффективны

левомицетина, гентамицин. При смешанной и устойчивой к антибиотикам микрофлоре назначают в оптимальных дозах эритромицин, цепорин, кефзол, линкомицин, ристомицин, рондомицин, вибрамицин и др.

При длительном лечении антибиотиками назначают противогрибковые препараты - нистатин, леворин, а также витамины (В1, В6, В12, С, Р, РР и др.) и антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил и др.) Сульфаниламиды - этазол, уросульфан, сульфадиметоксин, бисептол, бактрим и другие в обычных дозах. По имеющимся данным, уросульфан наиболее активен при стафилококковой и колибациллярной, а этазол - при стрептококковой инфекции.

В лечении острого пиелонефрита используются и препараты налидиксовой кислоты (неграм, невиграмон) к действию которых чувствительна обычно грамотрицательная микрофлора, в частности кишечная палочка.

При индивидуальной непереносимости антибиотиков, сульфаниламидных и других препаратов или резистентности к ним можно использовать салол и уротропин (внутривенно).

К хирургическому лечению нередко прибегают и при карбункуле почки, апостематозном нефрите.

При фитотерапии рекомендуют: лист толокнянки, траву хвоща полевого, корень солодки, лист брусники, почки березовые и другие. Можно применять при болях травы со спазмолитическим эффектом типа ромашки, мяты, аниса.

Лечение хронического пиелонефрита.

Зависит от стадии заболевания, от наличия или отсутствия ХПН

Должно проводиться длительно (годами). Начинать лечение следует с назначения нитрофуранов (фурадонин, фурадантин и др.), налидиксовой кислоты (неграм, невиграмон), 5-НОК, сульфаниламидов (уросульфан, атазол и др.), попеременно чередуя их. Одновременно целесообразно проводить лечение клюквенным экстрактом. При неэффективности этих препаратов,

обострениях болезни применяют антибиотики широкого спектра действия. Назначению антибиотика каждый раз должно предшествовать определение чувствительности к нему микрофлоры.

Фитотерапию при необходимости сочетают с медикаментозными препаратами. Назначают преимущественно лекарственные растения антимикробного, противовоспалительного репаративного, мочегонного, спазмолитического действия. Проводится коррекция обмена веществ, иммунного статуса.

Гемодиализ показан при развитии почечной недостаточности. помогающий нормализовать кислотно-щелочной баланс и электролитное равновесие крови, удалить токсины и избыток жидкости.

Такой вид хирургического лечения, как трансплантация почки, применяется при последней, III-ей стадии ХПН, когда уже гемодиализ не достигает должно эффекта.

Виды трансплантации:

- нефротамия
- нефроэктамия

1.8.Профилактика

Профилактика острого пиелонефрита.

Первичная: Лечение патологических процессов, которые способны повлечь за собой воспалительный процесс в почках. К заболеваниям, которые требуют своевременного лечения — это аденома простаты, очаговые инфекции, мочекаменная болезнь и прочие недуги, характеризующиеся оттоком из почек мочи. Кроме этого, проводят мероприятия, направленные на повышение иммунной системы.

Вторичная: профилактические меры основаны на обнаружении в моче бактерий при профосмотрах и назначении специального лечения, которое позволит предотвратить рецидив пиелонефрита.

Третичная: заключается в реабилитации пациента, перенесшего острый пиелонефрит.

Профилактика хронического пиелонефрита.

Первичная: заключается в адекватном и своевременном лечении острого пиелонефрита, острых заболеваний мочевых путей и мочевого пузыря, а также в предупреждении состояний, препятствующих нормальному оттоку мочи.

Вторичная: включает в себя проведение постоянного наблюдения за пациентами, которым был поставлен диагноз. Кроме того, больные должны понимать, что при таком заболевании они могут выполнять ту работу, которая не будет связана с переохлаждением, большими физическими нагрузками, длительным пребыванием на ногах, ночными сменами. Каждый человек хотя бы раз в год должен пройти обследование у нефролога либо уролога.

Третичная: предусматривает реабилитацию пациента с хроническим пиелонефритом в санаториях таких как «МЕТАЛЛУРГ» «КЕДР»

« ШМАКОВКА» «УССУРИ» и др.

Медицинская реабилитация предполагает соблюдение пациентом комплайнса.

Социальная: трудоустройство, жилье,

Психологическая: депрессия, стресс.

1.9. Сестринский уход при пиелонефрите

В план сестринского ухода входит:

-контроль за соблюдением постельного или полупостельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением;

-обеспечение достаточного отдыха и сна; ограничение физической активности; эти меры способствуют снижению АД, выраженности общей слабости, утомляемости;

-наблюдение за клиническими проявлениями заболевания, в первую очередь за отёками и АГ: ежедневное измерение пульса, АД, количества выпитой и выделенной жидкости;

-выявление признаков осложнений - развитие почечной недостаточности, информирование об этом врача;

-контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;

-обучение пациента или его родителей навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение пульса, АД, величины диуреза;

-информирование о способах профилактики обострения пиелонефрита;

-раннее выявление и лечение острых инфекционных заболеваний (ангина, острые респираторные заболевания и др.), санация хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы и др.);

-подготовка пациентов к дополнительным методам исследования (см. Приложения 1, 2, 3, 4).

- Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента или его родственников,
- провести объективное исследование – это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента,
- сформировать план ухода (см. Приложение 5).

При опросе пациента (или его родственников) необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличии отёков, повышении АД, болях в поясничной области, изменениях в моче.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента – сестринский диагноз. Наиболее значимыми являются: отёки, головные боли, боли в поясничной области, общая слабость, повышенная утомляемость, тошнота, рвота, потребность пациента и членов его семьи в информации о заболевании, методах его профилактики и лечения.

Немалое значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако, главную роль играет немедикаментозная и медикаментозная терапии, которые назначены врачом.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

ГЛАВА II ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Для разрешения поставленной задачи нами было проведено исследование на базе КГБУЗ «Городская больница № 2».Больница является крупным медицинским учреждением, оказывающим первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь населению города.

Нами была разработана анкета, состоящая из 17 вопросов с предлагаемыми вариантами ответов.

Проведено анкетирование пациентов с пиелонефритом с целью выяснить их отношение к своему заболеванию, выявить возможный дефицит знаний о сущности заболевания, о факторах, провоцирующих обострение заболевания, возникновение осложнений, о правилах подготовки к различным дополнительным методам исследования. На основании результатов анкетирования были составлены графики, флаеры и памятка (см. приложения 7)Всего было опрошено 28 пациентов

Данные анкетирования

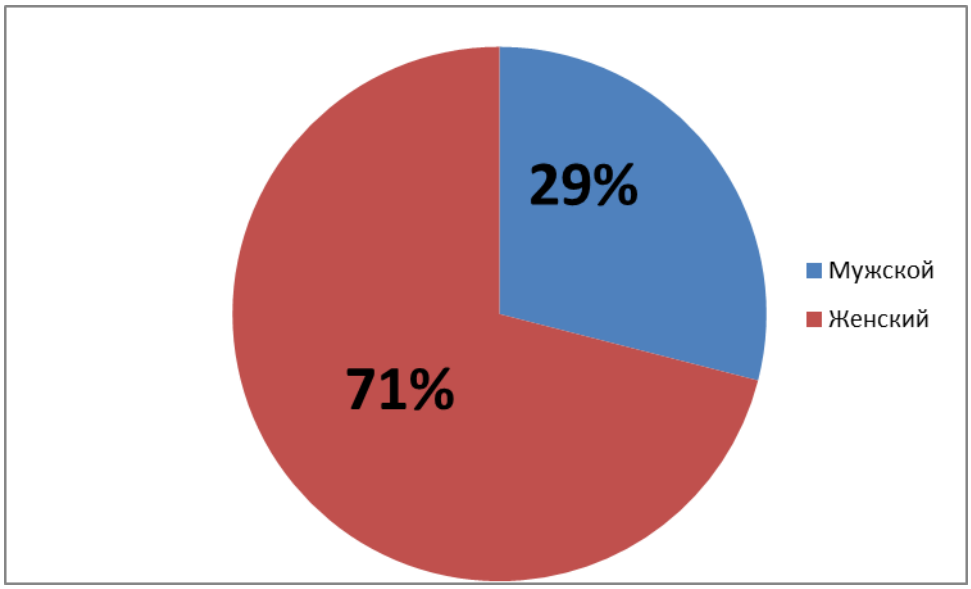

Диаграмма 1: «Распределение пациентов по половому признаку»

Учитывая данные исследования, можно сделать вывод, что среди пациентов с пиелонефритом преобладают женщины, это связано с

тем, что причина повышенной заболеваемости женщин скрыты в анатомических особенностях женского организма

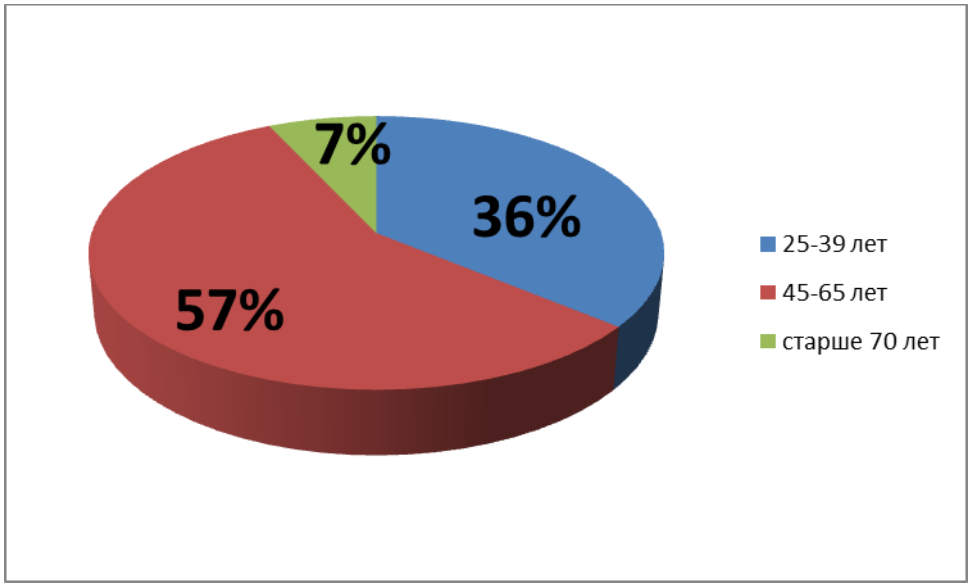

Диаграмма 2: Возрастная категория

Опираясь на диаграмму 2, можно сделать вывод, что большинство госпитализированных пациентов с пиелонефритом находятся в возрастной группе 45-65 лет. Так же к заболеванию более склонны и группы людей в возрасте 25-39 лет и старше 70 лет.

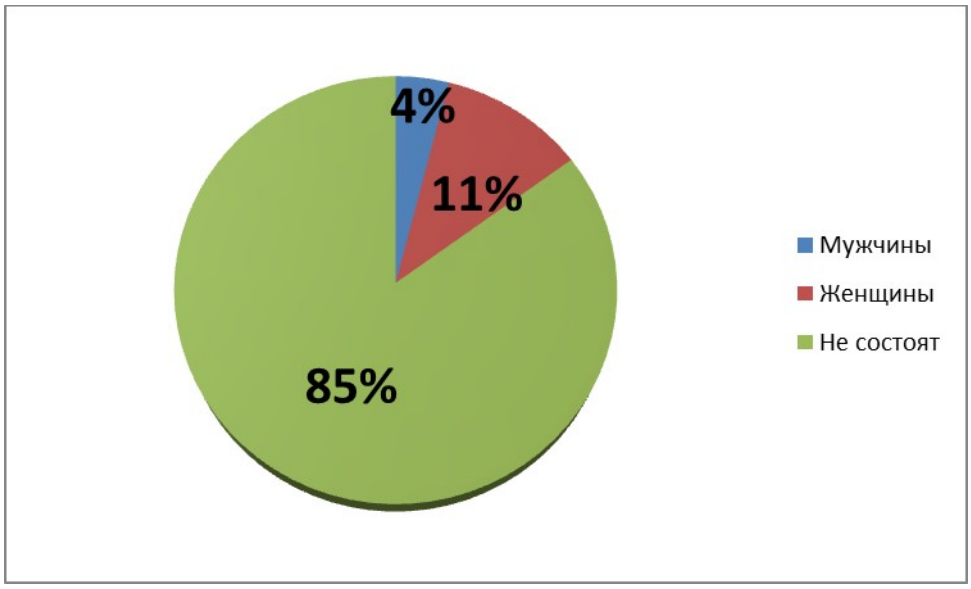

Диаграмма 3: «Пациенты, состоящие на «Д» учете»

Из всех респондентов только 4% мужчина и (11%) женщины считают, что состоят на «Д» учете.

Вывод: большинство (24 чел.),что составляет 85% не знают что состоят на «Д» учете.

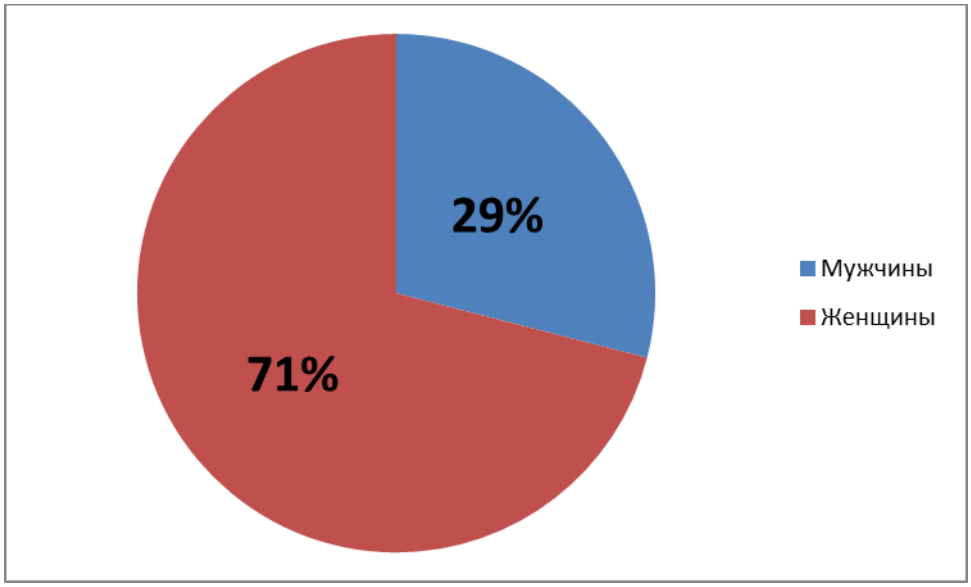

Диаграмма 4: «Знаете ли Вы, что такое пиелонефрит?»

На данный вопрос все пациенты (100%) ответили, что имеет представление о своем заболевании

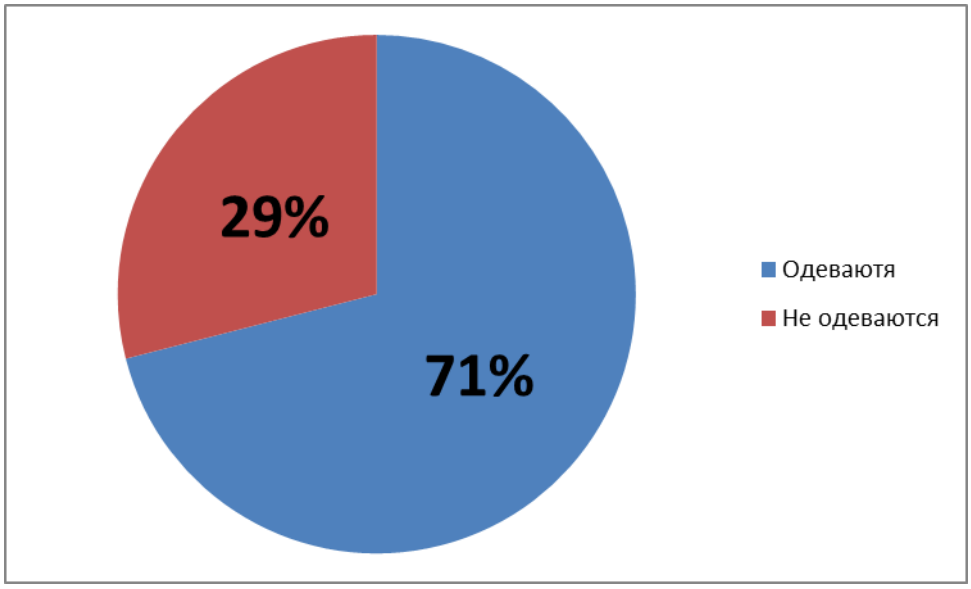

Диаграмма 5: «Одеваетесь ли Вы по погоде?»

Большая часть опрошенных 71 % одеваются по погоде, 29% считают, что не обязательно.

Вывод: переохлаждение или перегревание могут неблагоприятно влиять на почки, провоцируя развитие различных патологий, которые

характеризуются появлением симптомов переохлаждения почек, что часто приводит к заболеванию пиелонефрит.

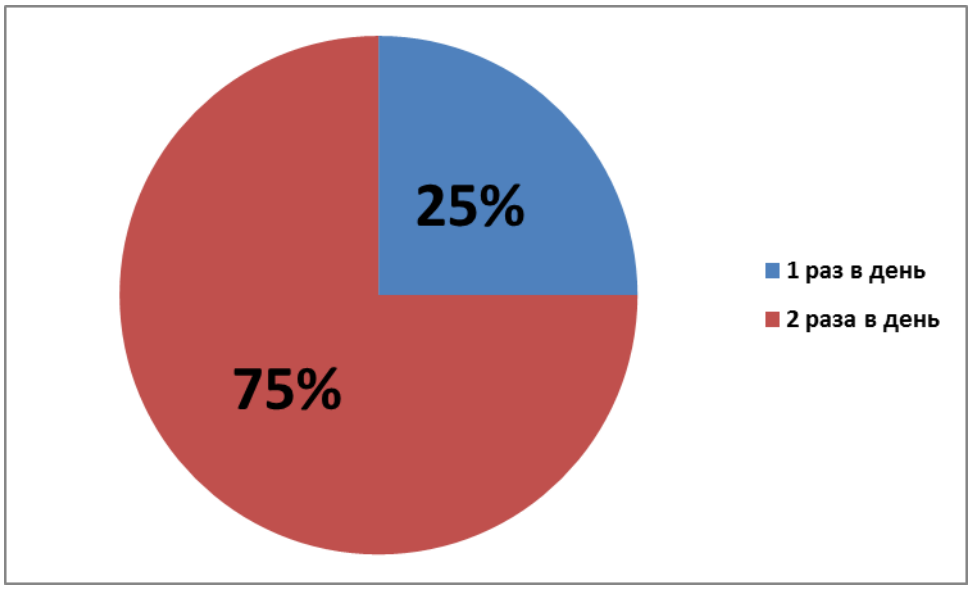

Диаграмма 6: «Как часто Вы осуществляете гигиену полости рта?»

Все опрошенные женщины проводят гигиену полости рта 2 раза в день 75%, тогда как практически все мужчины только 1 раз в день 25%.

Вывод: чаще всего возбудители попадают в почку с током крови из очагов хронической инфекции (гингивит, стоматит, кариозные зубы). Поэтому необходимо проводить гигиену ротовой полости, а своевременно и полностью лечить заболевания полости рта.

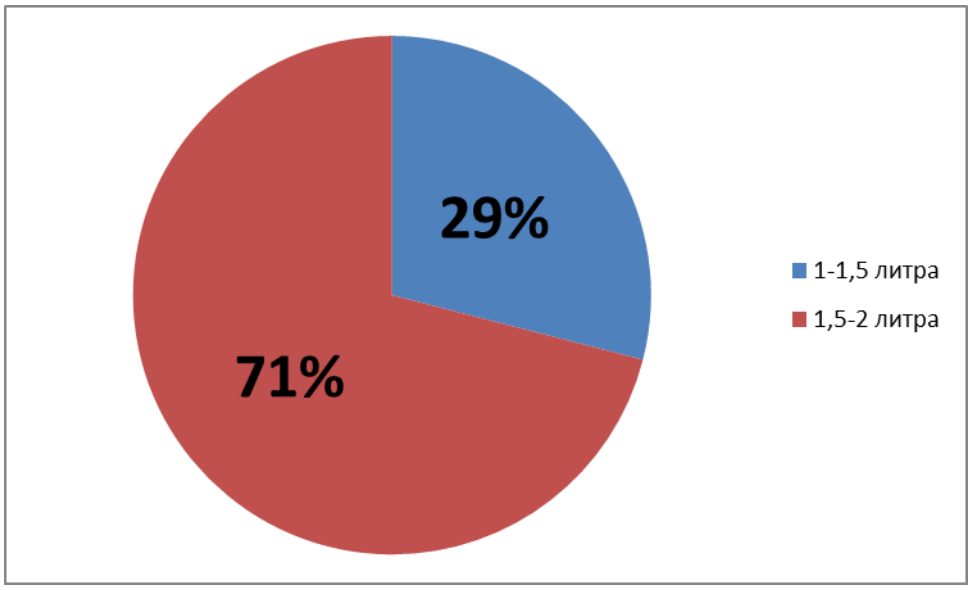

Диаграмма 7: «Количество потребляемой жидкости в сутки»

Все мужчины (29%) ответили, что в сутки выпивают 1-1,5 литра жидкости, а женщины (71%) 1,5-2 литра жидкости в сутки

Вывод: Питьевой режим при пиелонефрите почек играет большую роль, так как она позволяет промывать мочевой пузырь и мочевыводящие пути, а также снижает концентрацию мочи.

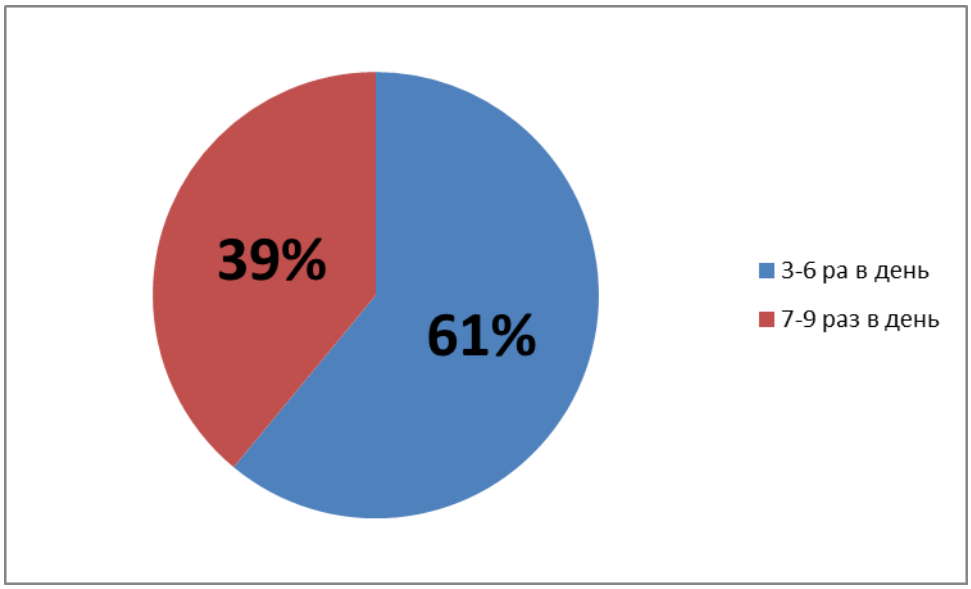

Диаграмма 8: «Примерное количество мочеиспускания в сутки»

На данной диаграмме видно, что у большинства пациентов обоего пола частота мочеиспусканий составляет 3-6 раз в сутки, у остальных 6-8раз.

Вывод: у большинства пациентов количество мочеиспусканий в норме, у пациентов которые мочатся больше нормы - это может является нормальной реакцией на выпитую жидкость, ведь организм очищается естественным путем, либо пациенты имеют явные проблемы с почками.

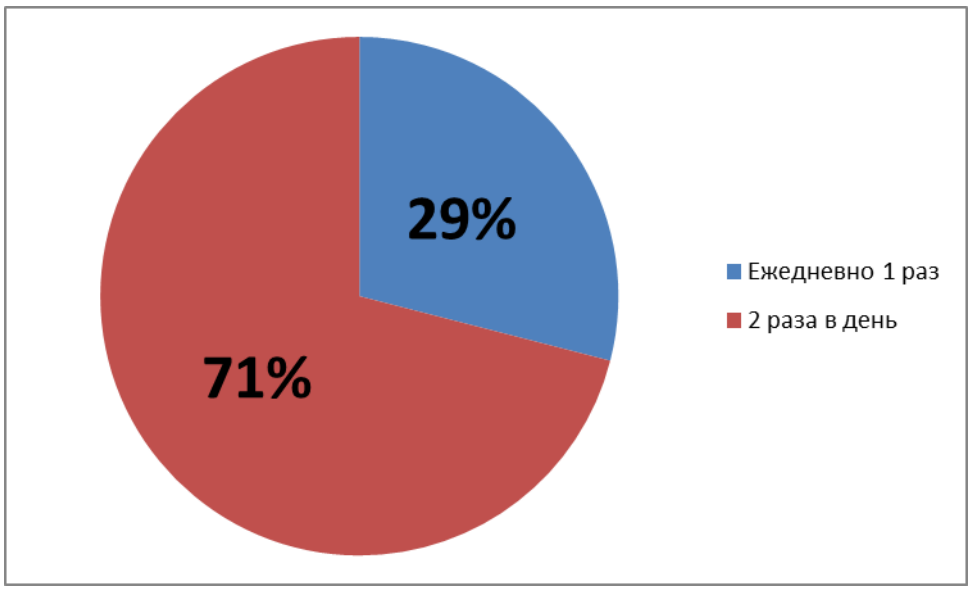

Диаграмма 9: «Как часто Вы проводите гигиену наружных половых органов?»

Каждая пациентка (71%) проводит гигиену наружных половых органов 2 раза в день, а все мужчины (29%) - только 1 раз в сутки

Вывод: женщины болеют в 5 раз чаще мужчин, что объясняется анатомическими особенностями: у женщин мочеиспускательный канал короткий и широкий, поэтому возбудители попадают через него сначала в мочевой пузырь, провоцируя цистит, а затем в почку.

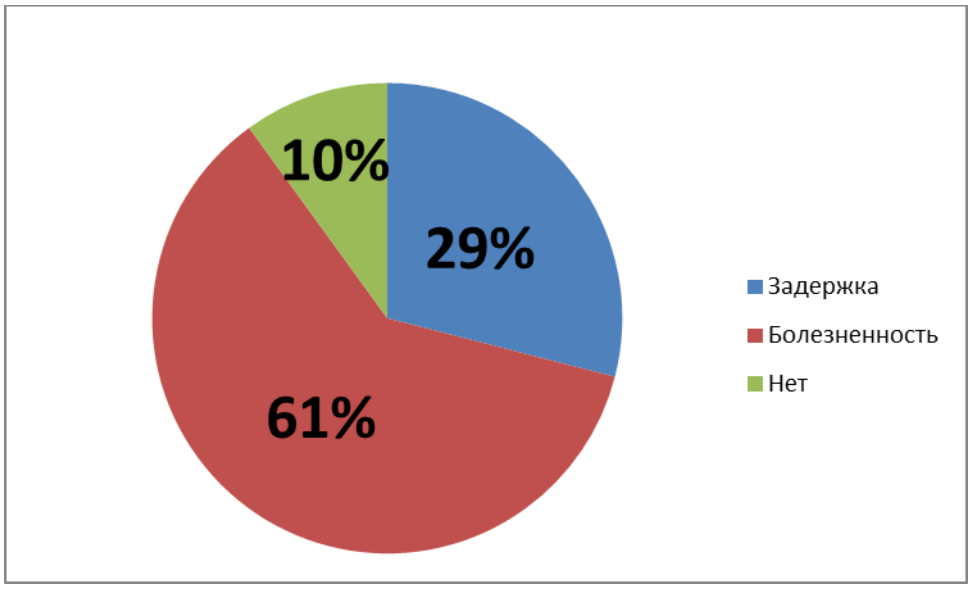

Диаграмма 10: « Имеются ли у Вас проблемы с мочеиспусканием?»

У всех мужчин 61% женщин имеется болезненность при мочеиспускании, задержка мочеиспускания – (29%), 10% не испытывают никаких проблем с мочеиспусканием

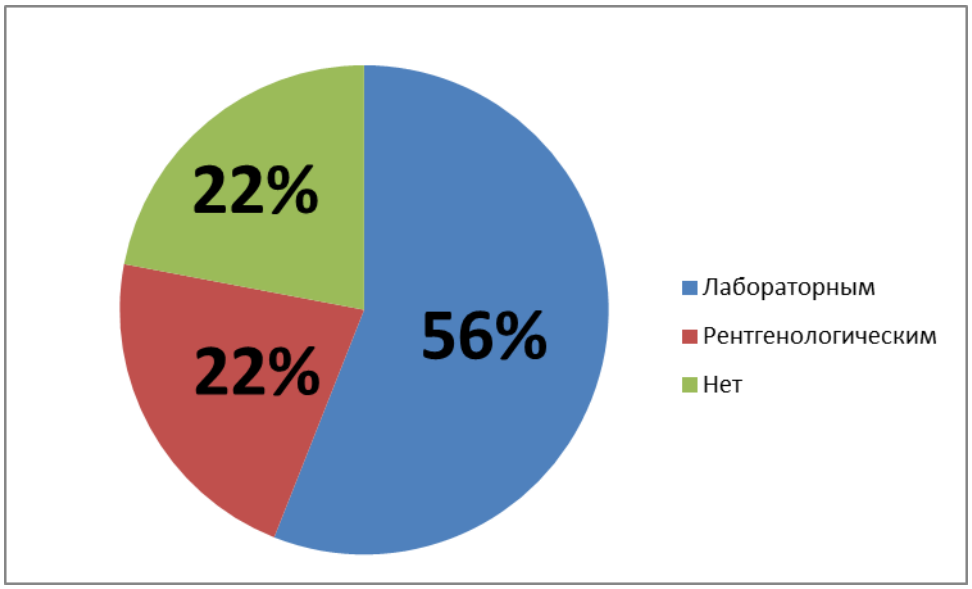

Диаграмма 11: «Знаете ли вы о подготовке к различным методам исследования?»

Большинство мужчин 6 чел.(21,5%) не знают, как готовиться к различным методам исследования, так как 2 чел.(7%) мужчин знают о лабораторных методах исследования, как и 14 чел.(50%) женщин. 6 чел. (21,5%) женщин знают о рентгенологических методах исследования.

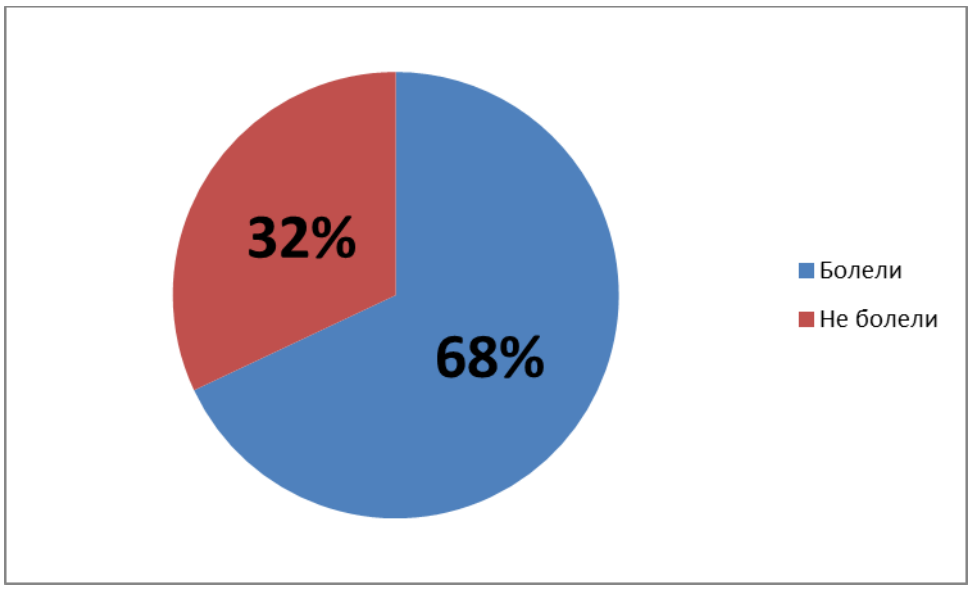

Диаграмма 12: «Болели Вы заболеванием цистит, уретрит?»

На данной диаграмме видно: 17чел. (60,7%) женщин имеют в анамнезе цистит, (12,5%) мужчина – уретрит. Остальные (26,8%) никогда не переносили данных заболеваний

Вывод: можно предположить, что имеющиеся в анамнезе заболевания могли спровоцировать пиелонефрит. Цистит повышает риск развития пиелонефрита в 4-5 раз т.к инфекция попадает в почку восходящим путем.

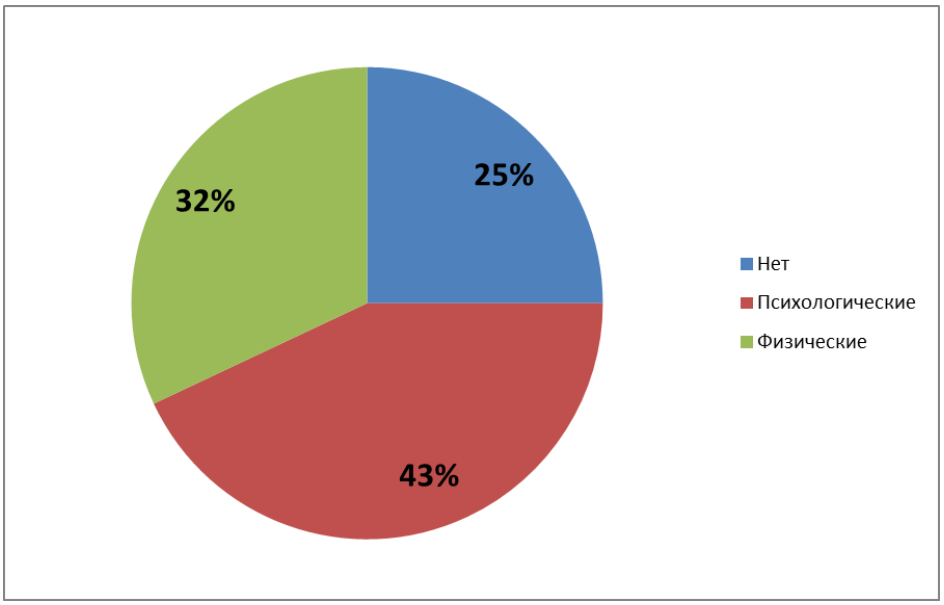

Диаграмма 13: «Имеются ли у вас психологические или физические профессиональные вредности?»

Психологические профессиональные вредности имеют (43%) физические (32%), вредностей не имеют (25%)из 20.

Вывод: При пиелонефрите причины могут крыться в психосоматических нарушениях. Психологические нарушения часто считаются причиной развития многих заболеваний, в том числе и почек.

ЗАКЛЮЧНИЕ

Углублённо изучив социальную значимость изучаемой темы, этиологию и предрасполагающие факторы, патогенез пиелонефрита, клинику, осложнения, диагностику, принципы лечения, особенности ухода, профилактику и диспансеризацию при пиелонефрите убедилась, что эта патология довольно распространена во всех странах, в том числе в России; чаще встречается у женщин.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, 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 заболевания: медицинская сестра проводит беседы о сущности заболевания, о необходимости сознательного активного участия пациента(семьи) в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, обязательном профилактическом лечении и обследовании. Она обучает пациента и членов семьи организации питания, двигательного режима, правилам подготовки к различным дополнительным методам исследования.

Проведенное анкетирование показало, что уровень знаний пациентов о своем заболевании невысок, а значит они не в полной мере понимают, что не выполнение назначений, рекомендаций врача и медицинской сестры или неправильное выполнение их может привести у пациентов с острым пиелонефритом к хронизации процесса, а при хроническом – к повышению риска возникновения обострений, осложнений заболевания; к снижению продолжительности жизни и её качества.

А дефицит знаний по подготовке к лабораторным и инструментальным методам исследования затрудняет диагностику тяжести заболевания ,наличие или отсутствие осложнений, стадию процесса (при хроническом

пиелонефрите).Поэтому медицинская сестра должна уделять достаточное внимание обучению пациентов (семью), отвечать на их вопросы.

Качественная подготовка пациентов к различным дополнительным методам исследования обеспечивает достоверность результатов, а это, в свою очередь, обеспечивает правильную диагностику и адекватное лечение.

Также мы выясняли, что не все пациенты добросовестно относятся к соблюдению правил гигиены, поэтому в задачи медсестры входит периодически напоминать пациентам о профилактике заболевания через повседневный уход за собой, обеспечивать памятками ,буклетами

Полученные знания и умения в ходе написания дипломной работы необходимы для условия оказания сестринской помощи.

Разработанные нами флаеры помогут пациентами (и их окружению) лучше узнать о заболевании, факторах, провоцирующих обострения, осложнения, а составленная памятка поможет как медицинской сестре, так и пациентам обеспечить правильную подготовку к различным дополнительным методам исследования. Разработанное примерное меню обеспечит правильный режим питания, а так же соблюдение диеты №7

ЛИТЕРАТУРА

1. К.Е. Давлицарова, С.Н. Миронова - Манипуляционная техника; М.: – Форум инфра 2005 . – 480 с.

2. В. Г. Лычев, В. К. Карманов - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: – учебное методическое пособие М.: – Форум инфра, 2010. – 384 с.

3. В. Г. Лычев, В. К. Карманов - Основы сестринского дела в терапии – Ростов н/Д Феникс 2008 – 512 с.

4. В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенков - Сестринское дело в терапии – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . – 544 с.

5. С.А. Мухина, И.И. Тарновская– Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 368 с.

6. С.А. Мухина, И.И. Тарновская - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: – ГЭОТАР - Медиа 2016. – 512 с.

7. Т.П. Обуховец, Т.А. Скляров, О.В. Чернова - Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс – 2009 – 552с

8. http://zdravotvet.ru

9. http://bezboleznej.ru

10. http://www.medicalj.ru

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

СБОР МОЧИ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА

Цель. Изучение состава мочи.

Показания. Как правило, проводится всем пациентам, поступившим на стационарное лечение.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла с прикрепленным к ней направлением в клиническую лабораторию; горшок с этикеткой.

Техника взятия мочи на общий анализ:

1. Накануне вечером предупреждают пациента о предстоящем исследовании. Объясняют, что завтра утром с 6.00 до 7.00 после тщательного туалета половых органов ему необходимо помочиться в горшок и перелить примерно 200 мл мочи в банку. Банку с мочой он должен оставить в определенном месте.

2. Утром медицинская сестра должна проконтролировать, собрана ли моча, и отправить ее в лабораторию.

3. При поступлении результата из лаборатории его подклеивают в историю болезни на определенное место.

Приложение 2

СБОР МОЧИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ ЗИМНИЦКОГО

Анализ мочи по Зимницкому – показатель концентрационной функции почек.

Основные показания к применению: клинические признаки почечной недостаточности, хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диагностика несахарного диабета, гипертоническая болезнь.

Цель: оценка функциональной способности почек.

Оснащение: 8 чистых, сухих, стеклянных баночек, ёмкостью 200-500 мл с этикетками с указанием номера порции, 2-3 дополнительные банки.

Подготовка к процедуре:

1. пациент должен соблюдать обычный водно-солевой и двигательный режим, не принимать диуретики;
2. подготовить 8-10 чистых, стеклянных банок ёмкостью 200-500 мл с этикетками, оформленными по форме, с указанием времени сбора мочи: 6.00-9.00, 9.00-12.00, 12.00-15.00, 15.00-18.00, 18.00-21.00, 21.00-24.00, 24.00-3.00, 3.00-6.00 часов следующего дня. Дополнительные банки оформить после сбора мочи.

Выполнение процедуры:

1. в 6.00 часов выпустить мочу в унитаз;
2. собирать каждые 3 часа в отдельную банку;
3. при отсутствии мочи за временный промежуток, соответствующая банка остаётся пустой, на этикетке отмечается "отсутствие порции мочи" и доставляется вместе с остальными в лабораторию;
4. предупредить пациента, что ночью его разбудят для сбора мочи;
5. учитывать всю жидкость принятую за сутки (вести лист учёта водного баланса).
6. утром отнести все банки в лабораторию.

Приложение 3

СБОР МОЧИ ДЛЯ БАКТЕРИАЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель. Определение бактериурии.

Показание. Заболевание почек.

Противопоказания. Травмы уретры, мочевого пузыря.

Оснащение. Набор для подмывания; стерильная емкость для мочи с направлением в бактериологическую лабораторию.

Техника сбор для бактериологического исследования без катетеризации:

1. Подмывают пациента, убирают судно.

2. Просят пациента помочиться прерывисто, т.е. сначала в унитаз, затем в стерильную емкость, а остатки мочи - опять в унитаз. На середине мочеиспускания стерильную емкость необходимо поднести как можно ближе к наружным половым органам, но не касаться их!

3. Набрав 20 - 30 мл мочи, отправляют ее в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч после взятия.

4. Результат исследования подклеивают в медицинскую карту стационарного пациента.

Приложение 4

СБОР МОЧИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ НЕЧИПОРЕНКО

Показание: по назначению врача (при заболеваниях почек).

Цель: диагностическая: определение количества клеточных элементов (эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров).

Оснащение: чистую сухую стеклянную банку 50-100 мл с широким горлом; напишите и наклейте направление (отделение, № палаты, ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).

Алгоритм действия:

1. Проведите инструктаж с пациентом о порядке сбора мочи для исследования.

2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.

3. Подмойте наружные половые органы пациента в направлении спереди назад.

4. Первую порцию струи ночи пациент должен выпустить в унитаз (мочеприемник, судно) на счет «1», «2» и задержать мочеиспускание.

5. Соберите в приготовленную банку среднюю порцию струи ночи в количестве 50 мл.

6. Отправьте собранную мочу в лабораторию.

Приложение 5

ПЛАН УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

План сестринских вмешательств	Обоснование
1. Информирование больного и его родственников о заболевании.	- Обеспечивается право пациента на информацию. -Пациент и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода.
2. Организовать стол №7 с ограничением острых, солёных блюд, пряностей, жидкости.	- Уменьшается раздражение паренхимы почек, а следовательно, уменьшается болевой синдром. - Уменьшается нагрузка на почки. - Задержка жидкости в организме усиливает отёки, повышает АД.
3. В острый период заболевания организовать больному постельный режим с последующим его расширением.	В горизонтальном положении уменьшается болевой синдром, улучшается кровоснабжение почек, следовательно, улучшаются регенераторные процессы
4. Чётко регистрировать диурез.	- Снижение диуреза свидетельствует о задержке жидкости в организме. - Нарушение диуреза, а так же нарушение соотношения дневного и ночного диурезов свидетельствует о возможном нарушении функции почек.
5. Оберегать пациента от	Любая дополнительная

присоединения сопутствующих инфекций, простудных заболевай	инфекция может привести к обострению заболевания.
6.Ограничить физическую и эмоциональную нагрузку пациенту при организации труда и отдыха.	Нагрузки провоцируют повышение АД, усиление болевого синдрома.
7. Организовать строгое проведение гигиены половых органов.	Возможен восходящий путь инфекции
8. Оберегать пациента от переохлаждения.	При охлаждении снижается иммунитет – обострение процесса.
9. Проводить регулярный контроль АД,	Не допустить значительного повышения АД.

Приложение 6

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

1. Ваш пол?	М		Ж	
2. Ваш возраст?				
3. Состоите ли Вы на учете у нефролога уролога?	ДА		НЕТ	
4. Знаете ли Вы, что такое пиелонефрит?	ДА	НЕЗНАЮ	НЕТ	
5. Одеваетесь ли Вы по погоде?	ДА		НЕТ	
6. Как часто Вы осуществляете гигиену полости рта?	КОГДА КАК	1 РАЗ В ДЕНЬ	2 РАЗА В ДЕНЬ	
7. Какое количество жидкости Вы выпиваете в сутки?	МЕНЕЕ 1 Л	1-1,5 Л	1,5-2 Л	3 Л И БОЛЕЕ
8. Назовите Ваше примерное количество мочеиспускания в сутки?	3-5 РАЗ	6-8 РАЗ	8РАЗ И БОЛЕЕ	
9. Как часто Вы осуществляете гигиену наружных половых органов?	1 РАЗ В 2 ДНЯ	ЕЖЕДНЕВНО 1 РАЗ	2 РАЗА В ДЕНЬ	
10. Имеется ли у Вас нарушение мочеиспускания?	ЗАДЕРЖКА	БОЛЕЗНЕННОСТЬ	НЕДЕРЖА-НИЕ	НЕТ
11. Знаете ли вы о подготовке				

к различным методам исследования ?	ЛАБОРАТОРНЫМ	РЕНТГЕНОЛОГИ-ЧЕСКИМ	НЕТ
12. Болели ли вы таким заболеванием как цистит, уретрит?	ДА		НЕТ
13. Имеются ли у Вас профессиональные вредности?	ПСИХОЛО-ГИЧЕСКИЕ	ФИЗИЧЕСКИЕ	НЕТ

Приложение 7

Меню для пациентов с пиелонефритом на один день

Режим питания в период диеты при пиелонефрите состоит из правильного питания. Между основными приемами пищи необходимо выпивать много жидкости.

1-й завтрак 7.00-7.30	
1. картофель отварной 2. яйцо 3. чай с сахаром, варенье (мед)	200г 1 шт. 50г.
2-й завтрак 10.30-11.00	
1. сметана – 200г 2. чай с сахаром	200г. 50г
Обед 13.00-14.00	
1. суп рисовый 2. рагу овощное 3. кисель из свежих яблок	1. 300г (слив. масла - 5г, сметаны - 20г, картофеля -100г, моркови - 20г, риса - 30г, лука - 5г, томатного сока - 5г) 2. 200г (слив. масла - 10г,моркови - 70г, свеклы - 100г, брюквы -100г) 3. 200г.
Ужин 19.00-19.30	
1. каша рисовая 2. чай с сахаром, варенье (мед)	1. 200г (риса - 50г, сахара-5г, молока-100г, слив. масла -5г) 2. 50г
2-й Ужин 20.00-21.00	
молоко	200г

Приложение 8

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ НА ОДИН ДЕНЬ ДИЕТЫ №7 (2920 ккал)

Наименование блюд	Выход	Белки	Жиры	Углеводы
	В граммах			
1-й завтрак 7.00-7.30				
1. Сырок творожный	120	12	8,5	22,4
2. Каша гречневая рассыпчатая со сливочным маслом	90	4,3	4,8	25,8
3. Чай с молоком	200	1,4	1,7	2,3
2-й завтрак 10.30-11.00				
Каша тыквенная с манной крупой	300	8,3	8,6	53,2
Обед 13.00-14.00				
1. Борщ	250	2,3	6,8	16,7
2. Мясо отварное	55	15,9	3,2	-
3. Картофель жаренный	125	2,6	7,9	30,1
4. Компот из сборных свежих фруктов	200	0,3	-	27,8
Полдник 16.00-16.30				
Биточки морковно-яблочные запечённые	230	6,7	7,2	43
Ужин 19.00-19.30				
Плов фруктовый	90	1,9	6,1	38,2
2-й ужин 20.00-21.00				
Кисель из чернослива	200	0,5	-	46,9
На весь день				
1. Хлеб отрубный без соли	250	25	12	91
2. Сахар	50	-	-	47,7
3. Масло сливочное	20	0,1	15,7	0,1
ВСЕГО		81,4	82,5	444,2

Приложение 9

Комсомольский-на-Амуре филиал краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Хабаровский государственный медицинский колледж» министерства здравоохранения Хабаровского края

Памятка – инструкция по сбору анализов мочи

Выполнила: студентка группы 31 с

Терехина Л.Е.

Научный руководитель: Конева Л. А.

2017 год

СБОР МОЧИ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА

Оснащение: Чистая сухая банка из прозрачного стекла с прикрепленным к ней направлением в клиническую лабораторию;

Выполнение процедуры:

1. Сбор мочи производится утром с 6.00 до 7.00 после тщательного туалета половых органов выделить первую струю мочи в унитаз затем необходимо помочиться в горшок и перелить примерно 200 мл мочи в банку.

2. Отнести собранный биоматериал в лабораторию.

СБОР МОЧИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ ЗИМНИЦКОГО

Оснащение: 8 чистых, сухих, стеклянных баночек, ёмкостью 200-500 мл с этикетками с указанием номера порции, 2-3 дополнительные банки.

Подготовка к процедуре:

1. пациент должен соблюдать обычный водно-солевой и двигательный режим, не принимать мочегонные;

2. подготовить 8-10-11 чистых, стеклянных банок ёмкостью 200-500 мл с этикетками, оформленными по форме, с указанием времени сбора мочи: 6.00-9.00, 9.00-12.00, 12.00-15.00, 15.00-18.00, 18.00-21.00, 21.00-24.00, 24.00-3.00, 3.00-6.00 часов следующего дня.

Выполнение процедуры:

1. в 6.00 часов выпустить мочу в унитаз;
2. собирать каждые 3 часа в отдельную банку;
3. при отсутствии мочи за определенный временной промежуток, соответствующая банка остаётся пустой, на этикетке отмечается "отсутствие порции мочи" и доставляется вместе с остальными в лабораторию;
4. утром отнесите все банки в лабораторию.

СБОР МОЧИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ НЕЧИПОРЕНКО

Оснащение:

Чистая сухая банка из прозрачного стекла с прикрепленным к ней направлением в клиническую лабораторию

Выполнение процедуры:

1. Перед сбором мочи надо произвести гигиенический туалет наружных половых органов.
2. Собрать среднюю порцию утренней мочи, выделенную сразу же после сна. Для этого первое количество выделенной мочи пропускают, а среднюю порцию мочи помещают в подготовленный чистый и сухой контейнер в количестве 50 мл.
3. Отнесите собранный биоматериал в лабораторию.

Правильно собранный биоматериал обеспечивает достоверность результата

СБОР МОЧИ ДЛЯ БАКТЕРИАЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Оснащение: стерильная емкость для мочи с направлением в бактериологическую лабораторию.

Выполнение процедуры:

1. Перед сбором мочи надо произвести гигиенический туалет наружных половых органов.

2. Собрать среднюю порцию утренней мочи, выделенную сразу же после сна. Для этого первое количество выделенной мочи (15-20 миллилитров) пропускают, а среднюю порцию мочи 20–30 мл помещают в подготовленный чистый и сухой контейнер

3. Отнесите собранный анализ в бактериологическую лабораторию не позднее, чем через 2 часа после сбора.

ПОМНИТЕ, ЧТО ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ НА ПЕРВОМ МЕСТЕ!

